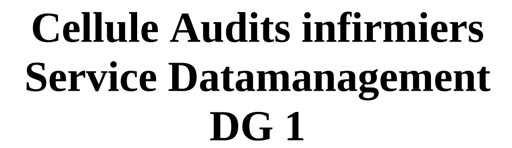
SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire, Environnement
DG 1
Service Datamanagement

MANUEL DE CODAGE
des Données Infirmières du RHM

DI-RHM

Septembre 2006



Cellule Audits infirmiers
Service Datamanagement
DG 1

AVERTISSEMENT

Ce manuel de codage constitue la troisième version officielle 1.3 publiée par le SPF.

Cette version adaptée de la version précédente ne modifie pas la structure des items.
Certains items ont été modifiés après consultation des équipes de recherche et des groupes de travail
Les adaptations portent sur la forme de la rédaction du document et ont pour objectif d'améliorer la précision et la lisibilité de celui-ci ainsi que la cohérence entre la version francophone et néerlandophone.

Les phrases ajoutées ou modifiées apparaissent en grisé dans le texte.
Les phrases ou termes importants supprimés sont signalés par le signe : **(xxxxx)**

Cette version est la version définitive pour le nouvel enregistrement en 2007.

De nouvelles versions pourront être publiées dans le futur (après 2007) suite au travail de la Commission permanente d'Actualisation (2.1,...).

Il est formellement déconseillé d'utiliser pour le codage des versions antérieures de travail ou des versions personnelles recopiées.

Table des matières

Partie I.

1.1. Introduction.

L'objectif de l'enregistrement des Données Infirmières du Résumé Hospitalier Minimal ou DI-RHM est de donner un aperçu des interventions réalisées par le personnel infirmier.
Cet enregistrement a également pour objectif de collecter des informations pour diverses applications : systèmes d'allocation en personnel, financement des soins infirmiers, processus qualitatifs, …

1.2. Que sont les DI-RHM?

Le DI-RHM constitue un outil d'enregistrement de données infirmières minimales comprenant :
- des données générales sur l'institution de soins,
- des données sur les unités de soins concernées par l'enregistrement,
- des données signalétiques concernant le patient,
- les interventions infirmières réalisées.

Etant donné que ce manuel de codage s'adresse aux infirmiers et aux sages-femmes qui enregistrent les interventions infirmières, seules les parties concernant les interventions infirmières réalisées et les données patient seront abordées.

1.3. Interventions infirmières réalisées.

Pour répertorier les interventions infirmières réalisées, différentes données sont collectées comme par exemple : le numéro d'agrément de l'hôpital, l'année d'enregistrement, le semestre d'enregistrement, le numéro de séjour du patient, le numéro de l'unité de soins, …

Bien souvent, ces données sont centralisées au sein de l'institution de soins et les infirmiers ont peu de possibilité d'y avoir accès. Celles qui sont le plus souvent complétées par les infirmiers concernent l'unité de soins :
- date d'admission,
- date de sortie,
- date d'enregistrement,
- numéro de l'unité de soins.

Date et heure d'admission.
Il s'agit de la date et de l'heure auxquelles le patient est admis dans l'unité de soins.

Date et heure de sortie.
Il s'agit de la date et de l'heure auxquelles le patient sort de l'unité de soins.

La date d'enregistrement.
Il s'agit de la date à laquelle à lieu l'enregistrement. Cette date fait référence au moment de la période d'enregistrement DI-RHM pour laquelle les items sont enregistrés et offre la possibilité de coupler les interventions infirmières réalisées et les données en personnel de cette unité.

Le numéro de l'unité de soins.
Ces numéros sont définis par le responsable RHM de l'institution et doivent être uniques pour chaque unité de soins au sein de la même institution.

1.3.1. Qu'est-ce-qu'une intervention infirmière réalisée ?

La liste d'interventions infirmières est destinée à fournir une image des interventions infirmières réalisées. La taxonomie de l'outil d'enregistrement DI-RHM fait référence à la classification NIC (Nursing Interventions Classification) et sa structure s'organise en 4 niveaux hiérarchiques.
Le premier niveau et le plus élevé est constitué par 6 domaines. Le second niveau est composé de 23 classes et le troisième de 78 items. Le quatrième et dernier niveau permet le choix entre les différentes possibilités de codage d'une intervention infirmière donnée.

La définition et la description précise des domaines, classes, items et possibilités de codage sont détaillées dans les pages qui suivent.

1.3.2. Quelles interventions infirmières réalisées faut-il enregistrer ?

Les DI-RHM constituent un enregistrement infirmier minimum et non un enregistrement de soins. Ceci signifie que :

- les interventions infirmières (comme définies et délimitées dans le manuel de codage) réalisées par des praticiens de l'art infirmier : infirmières en chef, infirmières, sages-femmes, assistantes en soins hospitaliers, 54bis, aides-soignantes, brancardiers inscrits comme aide-soignants dans le cadre de l' AR 78, sont enregistrés. Aucune intervention infirmière enregistrée dans le DI-RHM ne peut être légalement réalisée par une assistante logistique (AM du 17 juin 1997 définissant la fonction d'assistant logistique).

- les interventions effectuées par les patients ou le personnel non-praticien de l'art infirmier (médecins, kinésithérapeutes, personnel paramédical, assistant social, psychologue,…) ne sont pas enregistrées, même s'ils font partie du personnel de l'unité de soins.

- les DI-RHM sont enregistrées si une intervention infirmière est réalisée au sein d'une unité de soins par un praticien de l'art infirmier affecté de manière permanente ou temporaire (équipe mobile, membre d'une autre unité de soins, équipe centralisée de prélèvement, service de brancardage, infirmier intérimaire,…).

- si des interventions infirmières effectuées par un service de support centralisé (équipe de brancardiers, équipe mobile, équipe de prélèvement,…), il faut enregistrer le personnel de ce service.

L'enregistrement des interventions infirmières concerne toujours l'unité dans laquelle le patient est hospitalisé.

Le principe de responsabilité est un aspect supplémentaire qu'il faut prendre en compte :

- Les interventions infirmières réalisées pour un patient physiquement présent dans une unité sont sous la responsabilité de l'équipe de soins de l'unité ou du personnel affecté à cette unité de soins. Elles sont prises en compte dans l'enregistrement des activités pour cette unité.

- Les interventions infirmières réalisées chez un patient qui est physiquement absent de l'unité au moment du soin, temporairement hors de l'unité de soins (p. ex. à la cafétéria…) au moment de la réalisation du soin, sont sous la responsabilité de l'équipe de soins ou du personnel affecté à l'unité dans laquelle le patient séjourne. Les interventions infirmières réalisées par du personnel de cette unité qui se déplace sont également pris en compte dans l'enregistrement des interventions pour l'unité concernée.

1.3.3. Qu'est-ce qu'une journée d'enregistrement ?

Une journée d'enregistrement DI-RHM compte 24 heures, de 0 à 23 heures 59 minutes. Il y a un enregistrement par jour, par patient et par unité de soins.

- Lorsqu'un patient séjourne dans plusieurs unités de soins lors d'une même journée d'enregistrement, il y a autant d'enregistrements DI-RHM que d'épisodes de soins dans chacune des unités de soins traversées au cours de la journée. Les différents soins enregistrés se rapportent donc chacun à une unité de soins spécifique, sans concaténation des données entre les différentes unités de soins concernées.

- Les unités de soins traversées seront identifiées dans l'enregistrement par le numéro de séjour et la durée de ce séjour (en jours si le séjour dépasse 24 heures, en heures si le séjour est inférieur à 24 heures).

- Par journée d'enregistrement, la durée s'exprimera en heures. Si un patient séjourne dans une unité de soins pendant toute une journée d'enregistrement, la durée de l'enregistrement est de 24 heures. Lorsque le patient séjourne dans une unité de soins pendant une durée inférieure à une journée d'enregistrement, la durée de l'enregistrement sera de moins de 24 heures. La somme des durées de séjour dans les différentes unités traversées par le patient au cours d'une même journée sera au final égale à 24 heures (sauf sortie de l'hôpital au cours de cette journée d'enregistrement).

- Si un patient séjourne de 0 à 10h dans une unité de soins, puis va en salle d'opération et en salle de réveil, ensuite il séjourne quelques heures aux soins intensifs pour enfin retourner dans l'unité de soins où il se trouvait le matin : cela constitue 3 enregistrements de données infirmières ou épisodes de soins.

1.3.4. Dans quelles unités de soins enregistrer les interventions infirmières ?

Les interventions infirmières enregistrées par l'intermédiaire des DI-RHM concernent les unités de soins suivantes :

- urgences (C, D et H), hôpital de jour (Z)

- toutes les unités d'hospitalisation *y compris* : gériatrie (G), unités SP (S1 à S6), pédiatrie (E), chirurgie (C), médecine interne (D), soins intensifs (I), unités médico-chirurgicales (H*), maternité (M), unités MIC (MI), unités néonatales non-intensives (N*), unités NIC (NI) et quartier d'accouchement (OB).

- ***A l'exception :*** salles d'opération, salle de réveil, services médico-techniques, consultations, dialyse, unités de soins neuropsychiatriques (A et T), unités de soins neuropsychiatriques enfants (K) et urgences ambulatoires.

Remarque :
Les unités de maternité et le quartier d'accouchement seront enregistrées ensembles ou séparément, en fonction de l'organisation interne de l'hôpital. Un index spécifique pour chaque type d'unité sera donc pris en compte.

1.4. Données du patient

Des données seront enregistrées pour tous les patients admis dans les unités de soins énumérées ci-dessus (cfr. 1.3.4.).

Afin de garantir l'anonymat de ces données, des garanties seront nécessairement prises en compte tant au niveau du patient que de l'hôpital

Les données patient comporteront les aspects suivants :

- numéro patient unique et anonyme (fixé par l'institution de soins),
- année de naissance et sexe du patient,
- date et heure d'admission dans l'unité de soins
- date et heure de sortie de l'unité de soins.



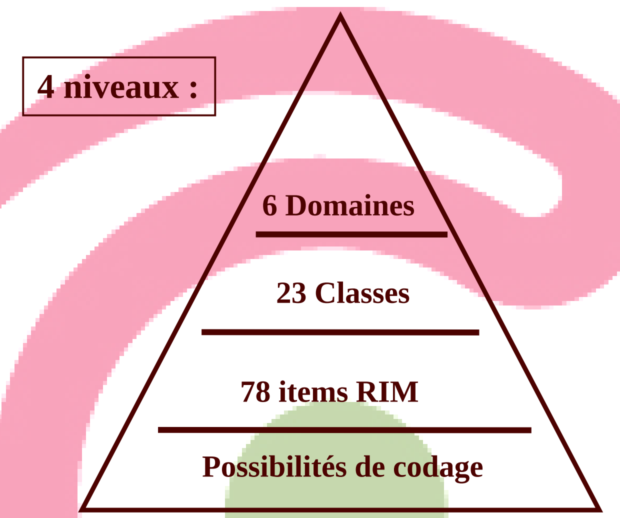
Partie II.

2.1. Introduction

Cette seconde partie décrit en détails les interventions infirmières qui seront enregistrées. Premièrement, quelques explications aborderont la construction logique de la classification à l'intérieur de laquelle s'organisent les items. Ensuite, quelques termes importants et récurrents dans le document seront définis. Finalement, les items seront définis et développés en détails.

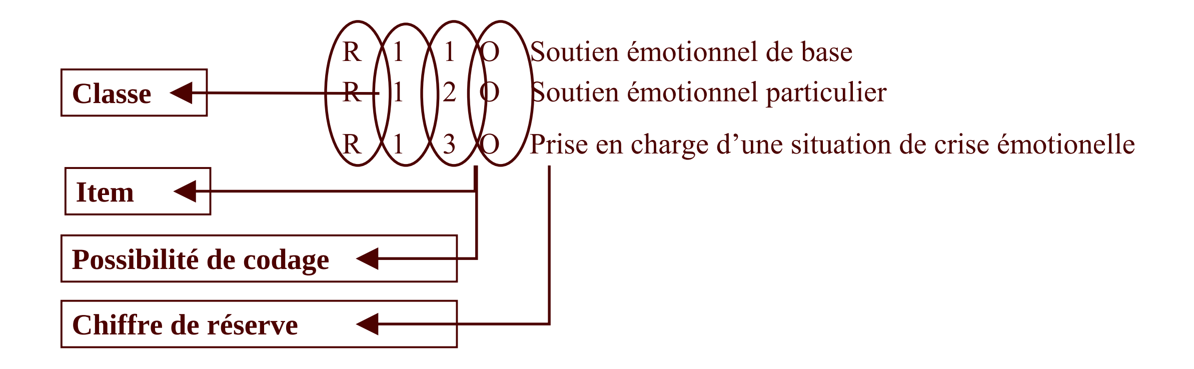
2.2. La construction des DI-RHM

La taxonomie des items DI-RHM s'organise en 4 niveaux hiérarchiques.
Le premier niveau et le plus élevé est constitué par 6 domaines. Le second niveau est composé de 23 classes et le troisième de 78 items. Le quatrième et dernier niveau concerne les possibilités de codage.



Ces 4 niveaux se retrouvent dans le code de l'item DI-RHM composé à chaque fois de 4 positions.

Position 1: le caractère fait référence à la classe de l'item.
Position 2: le chiffre fait référence à l'item
Position 3: le chiffre fait référence à la possibilité de codage
Position 4: chiffre de réserve



2.2.1. Les domaines

Le premier niveau hiérarchique du DI-RHM est composé de 6 domaines coordonnés entre eux et comporte les interventions relatives aux aspects suivants :

- soins liés aux fonctions physiologiques élémentaires
- soins liés aux fonctions physiologiques complexes
- comportement
- sécurité
- famille
- systèmes de santé

2.2.2. Les classes (position 1 du code DI-RHM)

Chaque domaine comporte une ou plusieurs classes. L'outil d'enregistrement comporte actuellement 23 classes distinctes réparties comme suit :

- **Domaine I : Soins liés aux fonctions physiologiques de base**
    - A. Gestion des activités et de l'exercice.
    - B. Soins liés à l'élimination
    - C. Soins liés à la mobilité
    - D. Soins liés à l'alimentation
    - E. Promotion du confort physique
    - F. Soutien des soins personnels

- **Domaine II : Soins liés aux fonctions physiologiques complexes**
    - G. Gestion **(xxxxx)** hydro-électrolytique et/ou acido-basique
    - H. Administration de médicaments
    - I. Soins liés à la fonction neurologique
    - K. Soins liés à la fonction respiratoire
    - L. Soins de la peau et des plaies
    - M. Thermorégulation
    - N. Perfusion tissulaire

- **Domaine III : Comportement**
    - O. Thérapie comportementale
    - P. Thérapie cognitive
    - Q. Amélioration de la communication
    - R. Aide aux stratégies d'adaptation
    - S. Education du patient

- **Domaine IV : Sécurité**
    - V. Gestion du risque

- **Domaine V : Famille**
    - W. Soins liés à la naissance
    - X. Soins relatifs au cycle de la vie

- **Domaine VI : Systèmes de santé**
    - Y. Médiation au sein des systèmes de santé
    - Z. Gestion du processus de soins et de l'information

Les classes J, T et U sont des classes existantes dans la classification NIC mais non retenues dans la taxonomie de l'enregistrement DI-RHM. Elles ne sont donc pas présentes dans les pages qui suivent mais restent disponibles pour une éventuelle implémentation future.

2.2.3. Les items (position 2 du code DI-RHM)

A l'intérieur de chaque classe, on trouve un ou plusieurs items. Ces items sont décrits en détail ci-après (cfr. 2.4.) selon la structure suivante :

- *définition* : délimitation de ce qui est pris en compte par l'item.
- *possibilité(s) de score* : score(s) possible(s) et signification(s). Quand plusieurs scores sont possibles au cours de la même journée d'enregistrement, c'est le score le plus élevé qui est enregistré.
- *contrôle* : conditions obligatoires qui doivent être satisfaites pour pouvoir scorer l'item
- *remarque(s)* : éclaircissements complémentaires, particularités, exceptions devant être prises en compte pour enregistrer correctement l'item.

2.2.4. Les possibilités de codage (position 3 du code DI-RHM)

Certains items se divisent en possibilités de codage. Ces possibilités de codage offrent des spécificités supplémentaires aux items concernés. Pour un même item, une et une seule possibilité de codage peut être choisie. Lorsque deux possibilités de codage se présentent lors d'une même journée d'enregistrement, c'est la possibilité de codage possédant le code DI-RHM le plus élevé qui sera enregistrée.

2.3. Définitions

Les lignes qui suivent précisent quelques termes utilisés régulièrement dans la description des items. Ces termes utilisés dans la description des items renvoient à chaque fois à un indice de renvoi à la définition (par ex. dossier patient²).

<u>1) Définition « prestataire de soins »</u>

Dans ce manuel, le nom collectif de prestataire de soins est utilisé pour faire référence à un professionnel de la santé faisant partie de l'équipe soignante (cfr. 1.3.2.).

<u>2) Définition « dossier patient »</u>

Il s'agit du recueil de l'ensemble des données concernant le patient, plus large que le dossier infirmier seul. Il se compose de données médicales, infirmières, paramédicales, psychosociales et administratives archivées à la fin du séjour du patient. Cela concerne aussi bien les documents électroniques que non électroniques.

3) Définition « instrument de mesure »

Il s'agit d'un instrument de mesure scientifiquement validé, c'est à dire dont la validité a été reconnue au minimum par une publication dans une revue scientifique et de préférence dans une revue scientifique répertoriée dans une base de données « peer rewiewed » (Medline, CINAHL, INIST-CNRS, BDSP,…). Les références des instruments de mesure utilisés actuellement peuvent être soumises aux auditeurs infirmiers.
Les consignes d'utilisation et les références scientifiques de l'outil utilisé doivent être disponibles dans l'unité de soins.

4) Définition « personne significative »

Il s'agit d'un membre de la famille, du conjoint, du cohabitant, d'un ami proche qui accompagne le patient lors de son séjour hospitalier et/ou qui le prendra en charge lors de sa sortie de l'hôpital.

5) Définition « éducation »

Lorsqu'une éducation est fournie à un patient ou à une personne significative, elle est scorée dans l'enregistrement DI-RHM du patient pour lequel l'éducation est destinée.
L'éducation du patient consiste en une prise en charge infirmière visant à faciliter l'apprentissage de savoir, savoir-faire et savoir-être en vue d'atteindre un changement de comportement chez le patient, sa familIle ou une personne significative.
Un plan de soins d'éducation doit au moins comprendre un bilan des connaissances, aptitudes, compétences du patient, des sessions d'éducation programmées et une évaluation des résultats obtenus.

6) Définition « plan de soins standard » ou « plan de soins guide » et « protocole »

Un **plan de soins standard** est un référentiel utilisé pour gérer un problème ou diagnostic infirmier spécifique.
Il comprend la mise en évidence du problème avec les éléments cliniques qui le justifie, la planification des interventions en rapport avec le problème et l'évaluation des résultats obtenus.

Un **protocole** décrit le mode d'exécution (matériel, produits, processus) d'une technique médicale ou infirmière déterminée.

7) Définition « 24 heures sur 24 » ou en permanence durant l'épisode de soins

La notion d'épisode de soin correspond à la période / la durée d'enregistrement du DI-RHM c'est à dire de 0H à 23h59.

Si le patient séjourne dans une unité de soins durant toute la période d'enregistrement mais s'absente pour un examen, une intervention chirurgicale, un acte technique… alors cette absence n'est pas prise en compte et l'épisode de soins est considéré comme non interrompu.

> *Exemple* : le patient séjourne dans l'unité de soins médecine D2 de 0 à 10 h, ensuite il va en radiologie pour un scanner abdominal de 10 à 12 h et enfin il revient dans l'unité de soins médecine D2 de 12h à 23 h 59. On considère dans ce cas un seul épisode de soin.

Si au cours d'une journée, le patient séjourne dans plusieurs unités de soins, chaque passage dans une unité de soins où le DI-RHM doit être enregistré correspond à un enregistrement différent et donc constitue un épisode de soins différent.

> *Exemple* : le patient séjourne dans l'unité de chirurgie C1de 0 à 9 h 30, de 9 h 30 à 17 h il va au bloc opératoire et au réveil, de 17 à 21 h il passe par une unité de soins intensifs et finalement il retourne dans l'unité de chirurgie C1 de 21 à 23 h 59. On considère dans ce cas 3 épisodes de soins (en effet, il n'y a pas d'enregistrement DI-RHM en salle d'opération et au réveil).

8) Définition « noté au dossier »

L'expression « noté au dossier » implique en ce qui concerne une intervention infirmières que celle-ci soit planifiée et que sa réalisation soit également indiquée, selon un système de notation clair et uniforme. La planification se fait généralement la veille de la réalisation des soins dans le cadre d'un plan de soins.
Dans le cadre de la mise en route d'une planification, la première réalisation d'une série est validée par la planification des suivantes.
En cas d'intervention infirmière ponctuelle et isolée (répondant en général à une situation urgente) celle-ci est validée par sa réalisation.

9) Multidisciplinaire

Trois disciplines, dont au moins la discipline infirmière, établissent et/ou évaluent en commun un plan de soins lors d'une réunion de concertation.
La notion de discipline doit être comprise au sens de profession selon l'AR 78.

10) Problème en soins infirmier

Un problème en soins infirmiers ou diagnostic infirmier est l'énoncé d'un jugement clinique sur les réactions aux problèmes de santé présents ou potentiels, aux processus de vie, d'une personne, d'une famille ou d'une collectivité. Les diagnostics infirmiers servent de base pour choisir les interventions de soins visant à l'atteinte des résultats l'atteinte des résultats dont l'infirmière est responsable.

2.4. Description détaillée des interventions infirmières.

Domaine 1 : Soins liés aux fonctions physiologiques élémentaires.
Interventions visant le soutien au niveau du fonctionnement physique.

Classe A : Gestion des activités et de l'exercice.

Définition ***: Interventions visant le soutien au niveau de l'activité physique et la dépense et/ou l'économie d'énergie.***

Item A1** : Exercices corporels.

A100 : Exercices corporels structurés.

Définition :
Exercices corporels, passifs ou actifs, accompagnés et suivis par un prestataire de soins[1] et intégrés dans un plan de soins guide de réadaptation ou prescrits spécifiquement pour un patient et intégré dans le plan de soins individuel.
Ce plan de soins guide ou plan de soins individuel est rédigé par un kinésithérapeute, un médecin, une infirmière ou une équipe multidisciplinaire.

- Exercices passifs : exercices exécutés par un prestataire de soins[1].

- Exercices actifs : exercices exécutés par le patient sous la guidance prmanente du prestataire de soins[1] .

Modalités de score :

1 = présence

Contrôle **:**

- Le plan de soins guide de réadaptation ou individuel est présent dans le dossier patient[2].

- Un rapport, au minimum hebdomadaire, comprenant l'évaluation des objectifs, doit se retrouver dans le dossier patient[2].

(xxxxx)

Classe B : Soins liés à l'élimination.

Définition ***: Interventions visant à instaurer et maintenir des habitudes d'élimination régulières et les soins liés aux conséquences des modifications de ces habitudes.***

Item B1** : Soins liés à l'élimination chez l'enfant de moins de 5 ans.

- **B100 : Soins liés à l'élimination chez l'enfant de moins de 5 ans.**

  Définition :
  Ensemble des soins liés à l'élimination **chez l'enfant de moins de 5 ans**
  Exemples : changes, application de crèmes/poudres, installation et/ou supervision de l'enfant sur le pot.

  Modalités de score :

  1 = soins à un enfant propre qui est accompagné par un prestataire de soins[1]
  Exemple : l'enfant est supervisé et/ou guidé pendant toute la durée de l'élimination

  2 = soins à l'élimination chez l'enfant propre la journée, mais accompagné la nuit par un prestataire de soins (car n'ayant pas encore acquis la propreté la nuit).

  3 = soins chez l'enfant non propre aussi bien le jour que la nuit
  par ex.emple : contrôle et changement du lange à des heures régulières.

  Contrôle **:**
  - Age du patient.
  - Les soins liés à l'élimination sont notés dans le dossier patient[2].

  Remarque :
  - Cet item ne peut être scoré qu'en dessous de 5 ans, âge à l'admission (critère d'âge exclusif)
  - Item B100 suffisant pour scorer l'élimination chez l'enfant de moins de 5 ans, sauf si présence d'une sonde ou d'une stomie (cfr. B240 - soins liés à la stomie urinaire, B250 - soins liés à la sonde vésicale à demeure, B300 - mise en place d'une sonde vésicale, B440 - soins liés à la stomie fécale, B500 - administration d'un lavement et/ou enlèvement manuel de fécalomes et/ou placement d'une canule rectale dans le but de traiter ou d'éviter la constipation et B600 - éducation à l'élimination urinaire et/ou fécale).

Item B2 : Soins liés à l'élimination urinaire.**

Les codes B2 supérieurs priment sur les codes B2 inférieurs s'ils sont rencontrés le même jour : B250>B240>B230>B220>B210.

- **B210 : Suivi de la miction chez un patient continent pour l'urine.**

  Définition :
  Surveillance de la miction chez un patient continent pour l'urine.
  Exemple : surveiller l'élimination urinaire en incluant la fréquence, le volume de la miction ainsi que l'odeur et la couleur de l'urine, si nécessaire.

  Modalités de score :
  1 = présence.

  Contrôle :
  La surveillance de la miction est notée au dossier patient[2].

  Remarque :
  - Cette possibilité de choix ne peut être scorée en même temps que l'item B100 (soins liés à l'élimination chez l'enfant de moins de 5 ans).

- **B220 : Soutien de l'élimination urinaire chez un patient continent pour l'urine.**

  Définition :
  Le patient est continent pour l'urine mais n'est pas capable d'utiliser les moyens mis à sa disposition pour uriner de manière autonome et/ou sécuritaire.
  Exemples : apporter de l'aide au patient lorsqu'il va à la toilette ou sur la chaise percée, mettre la panne, mettre l'urinal.

  Modalités de score :
  1 = présence.

  Contrôle :

  - Les soins liés au soutien à l'élimination urinaire sont notés dans le dossier patient[2].

  Remarque :
  - Cette possibilité de choix ne peut être scorée en même temps que l'item B100 (soins liés à l'élimination chez l'enfant < 5 ans).

- **B230 : Soins liés à l'incontinence urinaire.**

Définition :
Le patient est porteur préventivement ou curativement de moyens destinés à récolter l'urine et bénéficie d'un contrôle régulier et si nécessaire, d'une vidange/d'un changement de ces dispositifs.
exemples : lange, alèze, étui pénien.

Modalités de score :
1 = présence.

Contrôle :
- o Les soins liés à l'élimination sont notés dans le dossier patient[2].
- o L'incontinence urinaire est notée au dossier patient[2] comme un problème infirmier[10].

Remarque :
- Un patient porteur d'une sonde vésicale n'est pas considéré comme patient incontinent pour l'urine (cfr. B250 - soins liés à la sonde vésicale à demeure).
- Cette possibilité de choix ne peut être scorée en même temps que l'item B100 (soins liés à l'élimination chez l'enfant < 5 ans).

- **B240 : Soins liés à la stomie urinaire.**

Définition :
Soins liés à l'élimination urinaire chez un patient porteur d'une stomie urinaire appareillée avec une plaque et une poche. Le patient a besoin de l'aide d'un prestataire de soins[1] pour un ou plusieurs aspects des soins au niveau de la stomie.

Modalités de score :
1 = présence.

Contrôle :
- o Les soins liés à la stomie urinaire sont notés dans le dossier patient[2].

Remarque :
- Le soin de plaie d'une stomie urinaire non consolidée est scoré en L200. Dès l'ablation des fils, agrafes, la stomie est considérée comme consolidée.
- La présence d'une sonde vésicale ou d'un cathéter suspubien se scorent en B250 - soins liés à la sonde vésicale à demeure.
- La présence ou l'absence de cathéters urétéraux n'influence pas le codage de cet item; le critère pour scorer cet item est la présence d'une plaque et d'une poche.

- **B250 : Soins liés à la sonde urinaire à demeure.**

Définition :
Soins à un patient appareillé avec une sonde urinaire à demeure : sonde vésicale à demeure, cathéter suspubien, cathéter de néphrostomie, …
Le patient a besoin de l'aide d'un prestataire de soins[1] pour un ou plusieurs aspects des soins liés à la présence de la sonde (exemples : soins à la sonde, soins de méat, irrigations vésicales, changement et/ou vidange du sac collecteur d'urine, clamper la sonde vésicale, …)

Modalités de score :
1 = présence.

Contrôle :
  - Les soins liés à la sonde vésicale à demeure sont notés au dossier du patient[2] ou font référence à un plan de soins.

Remarque :
  - Les étuis péniens (B230) et les stomies urinaires (B240) ne sont pas pris en compte dans cet item.
  - La présence d'une sonde urinaire se score dans cet item. Une poche et une plaque font référence à une stomie urinaire et se scorent en B240 - soins liés à la stomie urinaire.
  - La mise en place d'une sonde vésicale le jour de l'enregistrement se score en B300.

Item B3 : Mise en place d'une sonde vésicale.**

- **B300 : Mise en place d'une sonde vésicale.**

Définition :
Pose ou remplacement d'une sonde ou d'un cathéter par voie urétrale ou par stomie dans la vessie ou dans une vessie artificielle afin d'assurer la récolte d'urines de manière ponctuelle ou permanente.

Modalités de score :
Nombre de mise en place de sonde vésicale ou le cathéter effectuées.

Contrôle :
- La pose ou le remplacement de la sonde vésicale ou du cathéter est notée au dossier patient[2].
- Le nombre de sondages intermittents effectués doit être noté au dossier du patient[2] (par exemple en notant le résultat ou en cochant dans une grille adaptée le volume d'urine en ml).

Remarque :
- Les essais non fructueux de mise en place d'une sonde vésicale ou d'un cathéter ne sont pas pris en compte.
- Le simple fait d'ôter la sonde vésicale ou le cathéter n'est pas suffisant pour scorer cet item.

Item B4 : Soins liés à l'élimination fécale.**

Les codes B4 supérieurs priment sur les codes B4 inférieurs s'ils sont rencontrés le même jour : B440>B430>B420>B410.

- **<u>B410 : Suivi de la défécation chez un patient continent pour les selles.</u>**

  <u>Définition</u> :
  Surveillance de la défécation chez un patient continent pour les selles.
  Exemple : surveiller l'élimination fécale en incluant la fréquence, le volume des selles ainsi que la consistance, l'odeur et la couleur des selles, si nécessaire

  <u>Modalités de score</u> :
  1 = présence.

  <u>Contrôle</u> :
  - La surveillance de selles est notée au dossier patient[2].

  <u>Remarque</u> :
  - Cette possibilité de choix ne peut être scorée en même temps que l'item B100 (soins liés à l'élimination chez l'enfant < 5 ans).

- **<u>B420 : Soutien de l'élimination fécale chez un patient continent pour les selles.</u>**

  <u>Définition</u> :
  Le patient est continent pour les selles mais n'est pas capable d'utiliser les moyens mis à sa disposition pour déféquer de manière autonome et/ou sécuritaire.
  Exemples : apporter de l'aide au patient lorsqu'il va à la toilette ou sur la chaise percée, mettre la panne.

  <u>Modalités de score</u> :
  1 = présence.

  <u>Contrôle</u> :
  - Les soins liés à l'élimination fécale sont notés dans le dossier patient[2].

  <u>Remarque</u> :
  - Cette possibilité de choix ne peut être scorée en même temps que l'item B100 (soins liés à l'élimination chez l'enfant < 5 ans).

- **B430 : Soins liés à l'incontinence fécale.**

Définition :
Le patient est porteur préventivement ou curativement de moyens destinés à récolter les selles et bénéficie d'un contrôle régulier et si nécessaire, d'un changement de ces dispositifs. Exemples : lange, alèze.

Modalités de score :
1 = présence.

Contrôle :
- o L'incontinence fécale est notée au dossier patient[2] comme un problème infirmier[10].
- o Les soins liés à l'élimination fécale sont notés dans le dossier patient[2].

Remarque :
- ▪ Cette possibilité de choix ne peut être scorée en même temps que l'item B100 (soins liés à l'élimination chez l'enfant < 5 ans).

- **B440 : Soins liés à une stomie fécale / pouch.**

Définition :
Soins liés à l'élimination fécale chez un patient porteur d'une stomie fécale apareillée avec une plaque et une poche dans le cadre par ex. d'une colostomie, iléostomie ou pouch. Le patient a besoin de l'aide d'un prestataire de soins[1] pour un ou plusieurs aspects des soins au niveau de la stomie ou du pouch .
exemples : soins externes au pouch, soins hygiéniques de la stomie avec ou sans changement de plaque cutanée, changement et/ou vidange du sac collecteur de selles, …

Modalités de score :
1 = soins liés à la stomie fécale.
2 = soins liés au pouch

Contrôle :
- o Les soins liés à l'élimination fécale sont notés dans le dossier patient[2].

Remarque :
- ▪ Le soin de plaie d'une stomie fécale non consolidée est scoré en L200. Dès l'ablation des fils, agrafes, la stomie est considérée comme consolidée.

Item B5 : Soins liés à l'administration d'un lavement et/ou l'enlèvement manuel de fécalomes et/ou le placement d'une sonde /canule rectale dans le but de traiter ou d'éviter la constipation.**

- **<u>B500 : Administration d'un lavement et/ou l'enlèvement manuel de fécalomes et/ou le placement d'une sonde/canule rectale dans le but de traiter ou d'éviter la constipation.</u>**

  <u>Définition</u> :
  L'administration d'un lavement et/ou enlèvement manuel de fécalomes et/ou le placement d'une sonde/canule rectale consiste en :

  - un lavement par voie rectale ou par stomie (en utilisant des produits comme de la glycérine ou autre afin de traiter la constipation)

  et/ou

  - l'ensemble des soins liés à l'enlèvement manuel de fécalomes par voie anale ou stomie

  et/ou

  - le placement d'une sonde / canule rectale.

  <u>Modalités de score</u> :
  1 = présence.

  <u>Contrôle</u> :
  - Le problème en soins infirmiers[10] est noté au dossier patient[2]
  - Les soins liés à l'élimination fécale sont notés dans le dossier patient[2].

  <u>Remarque</u> :
  - Seuls les lavements destinés à prévenir et/ou traiter la constipation sont pris en compte dans cet item.
  - Les lavements pré-opératoires/pré-examens ne sont pas pris en compte.
  - L'administration de suppositoire n'est quant à elle pas suffisante pour scorer cet item.

Item B6 : Education[5] à l'élimination urinaire et/ou fécale.**

- **B600 : Education[5] à l'élimination urinaire et/ou fécale.**

Définition :
Ensemble de soins éducatifs prodigués dans le but d'informer, sensibiliser ou de permettre d'acquérir certaines connaissances, capacités ou compétences au niveau de l'élimination urinaire et/ou fécale ou de lui permettre de retrouver son autonomie urinaire et/ou fécale (éducation à : la miction, la prise en charge d'une stomie, la prise en charge d'une énurésie, le maintien des habitudes d'élimination…).
Cet item concerne le patient, sa famille ou toute autre personne significative.

Modalités de score :
1 = sensibilisation et information occasionnelle à l'élimination urinaire et/ou fécale.
2 = éducation[5] structurée à l'élimination urinaire et/ou fécale.

Contrôle :
- Occasionnelle : le sujet des explications données est indiqué dans le dossier patient.
- Structurée : l'éducation est notée au dossier et fait référence à un plan de soins d'éducation standard ou individualisé présent dans le dossier.

(xxxxx)

Remarque :
- En maternité, en pédiatrie et en néonatalogie, l'éducation est scorée chez le bébé.

Classe C : Gestion de la mobilité.

***Définition* : Interventions visant à prendre en charge une restriction des mouvements corporels et ses séquelles éventuelles.**

Item C1 : Installation d'un patient.**

- **C110 : Installation d'un patient alité.**

  Définition :
  L'installation du patient alité consiste à lui fournir une position correcte et confortable dans son lit.
  Exemples : pour dormir, manger, lire, ou pour une raison médicale.

  Modalités de score :

  1 = installation du patient alité de 0h à 23h59 ou durant tout l'épisode de soins.

  Contrôle :
  - Les raisons de cette installation doivent être notées au dossier patient[2]
  - Les soins en rapport avec l'installation du patient de 0h à 23h59 sont notés dans le dossier patient[2].
  - **(xxxxx)**

  Remarque :
  - La mobilisation spécifique liée à la prévention des escarres n'est pas prise en compte dans cet item (cfr item V100 - prévention des escarrres : utilisation de matériel de prévention dynamique et V200 - prévention des escarres : changement de positions).

- **C120 : Installation d'un patient NON alité.**

  Définition :
  L'installation du patient non alité consiste à lui fournir une aide pour le transfert du lit vers une chaise, un fauteuil, une chaise roulante ou inversément.

  Modalités de score :

  Quand deux possibilités de score se présentent le même jour d'enregistrement, c'est toujours le score le plus élevé qui l'emporte.

  1 = *accompagnement d'une installation* : le patient est accompagné par un prestataire de soins[1] pour le changement de position : assise, couchée ou debout.
  Exemple : pour des raisons de sécurité

2 = *aide partielle pour l'installation* : le prestataire de soins[1] soutient le patient sans le porter totalement

3 = *aide complète pour l'installation* : le(s) prestataire(s) de soins[1] supporte(nt) totalement le patient avec ou sans matétiel d'aide

Exemple : lève-personnes

Contrôle :

- Les soins en rapport avec l'installation du patient non alité sont notés dans le dossier patient[2].

Remarque :

- Il existe une différence importante entre l'item C120 - installation d'un patient non alité et l'item C200 - aide au déplacement d'un patient dans l'unité. L'installation consiste en un changement de position vers un autre (debout, couché ou assis), avec ou sans point d'appui. Le déplacement consiste lui en un déplacement du patient d'un endroit à un autre, peu importe la position et/ou le matériel utilisé (par ex. aide à la marche dans le couloir, déplacement en chaise roulante, …).
- Prendre les enfants et les mettre sur une chaise, dans un relax (ou inversément) est considéré comme une aide complète d'un patient non alité.

Item C2** : Aide au déplacement d'un patient dans l'unité

- **C200 : Aide au déplacement d'un patient dans l'unité.**

Définition :
Il s'agit de l'aide fournie au patient par le prestataire de soins[1] pour son déplacement d'un endroit à un autre de l'unité, peu importe la position et/ou le matériel utilisé.

Modalités de score :

Quand deux possibilités de score se présentent le même jour d'enregistrement, c'est toujours le score le plus élevé qui l'emporte

1 = *accompagnement du déplacement d'un patient* : le patient est accompagné par le prestataire de soins[1] pour se déplacer.
Exemples : accompagnement par un prestataire de soins[1] pour troubles de l'équilibre chez une personne agée soutenue par le bras, accompagnement par le prestataire de soins[1] d'un enfant vers la salle de jeu de l'unité pour éviter qu'il ne se perde, …

2 = *aide complète au déplacement du patient* : le patient est déplacé en chaise roulante, en lit ou à l'aide de matériel adapté.
Exemples : amener le patient à la salle de bain de l'unité à l'aide d'un lève-personnes, amener un patient à la fenêtre de sa chambre en chaise roulante car il n'a pas la force de le faire tout seul, …

Contrôle :
- Les soins en rapport avec le déplacement du patient sont notés dans le dossier patient[2]

Remarque :
- Il existe une différence importante entre l'item C120 - installation d'un patient non alité et l'item C200 - aide au déplacement d'un patient dans l'unité. L'installation consiste en un changement de position vers un autre (debout, couché ou assis), avec ou sans point d'appui. Le déplacement consiste lui en un déplacement du patient d'un endroit à un autre, peu importe peu importe la position et/ou le matériel utilisé (par ex. aide à la marche dans le couloir, déplacement en chaise roulante, …).
- L'item C200 peut être combiné avec l'item C300.

Item C3 : Transport du patient en dehors de l'unité.**

- **C300 : Transport du patient en dehors de l'unité.**

Définition :
Accompagnement ou déplacement du patient en dehors de l'unité de soins en intra ou extra muros (à pied, dans un lit, en chaise roulante, ...) par un praticien de l'art infirmier (conformément au point 1.3.2 de l'introduction).
Ceci concerne :
  - le fait de sortir de l'unité de soins
  - le fait de revenir à l'unité de soins
  - pas le fait du déplacement entre 2 services médico-techniques, services paramédicaux (ergothérapie, kiné…)

Le nombre de praticiens de l'art infirmier assurant ce transport n'entre pas en compte dans cet item.

Modalités de score :
Nombre de transports hors et/ou vers de l'unité le jour de l'enregistrement.

Contrôle :
  - La(les) raison(s) du transport du patient en dehors de l'unité et leur nombre sont notés dans le dossier patient[2].

Remarque :
  - S'il s'agit d'un transport hors de l'unité suivi par un transport vers l'unité, le nombre de transports à prendre en compte est 2.
  - **(xxxxx)**

Item C4 : Présence de traction(s).**

- **C400 : Présence de traction(s).**

Définition :
Patient dont une partie du corps est mise en traction avec un système de poids dans le cadre d'une prise en chage orthopédique.
Exemple : traction de hanche, …

Modalités de score :
1 = présence.

Contrôle :
- La présence de la traction est notée au dossier patient[2] (par ex. : paramètres de contrôle).

Remarque :
- Les coquilles de maintien, les coussins, les fixateurs externes, attelles et autres méthodes d'immobilisation ne sont pas pris en compte.

Classe D : Soins liés à l'alimentation.

***Définition* : Interventions visant à modifier ou à maintenir l'état nutritionnel.**

Item D1** : Aide à l'alimentation.

Remarque préalable : installer les patients dans une bonne position pour manger se score dans la classe C.

- **D110 : Aide à l'alimentation lors d'un repas pris dans la chambre.**

  Définition :
  Aider le patient à s'alimenter : boire et/ou manger lors d'un repas pris dans la chambre.

  Modalités de score :

  Quand deux possibilités de score se présentent le même jour d'enregistrement c'est le score le plus élevé qui l'emporte

  1 = *alimentation sans aide* : suivi ou soutien logistique du patient autonome qui s'alimente seul
  Exemples : ouvrir les emballages, couper la viande, beurrer les tartines, remplir un verre…

  2 = *aide partielle* : le patient est aidé pour un ou plusieurs aspects de l'alimentation : boire OU manger.
  Exemples : donner à boire au patient, donner à manger au patient

  3 = *aide complète* : le patient est aidé complètement par un prestataire de soins[1] pour boire ET manger.

  4 = *présence permanente et guidance* durant toute la durée de chaque repas, d'un prestataire de soins[1] auprès du patient, en raison d'un trouble de la fonction alimentaire d'origine physique ou psychique (par ex. : troubles de déglutition, confusion aiguë, anorexie…) qui est de nature à causer des interruptions fréquentes ou une prolongation importante de la durée de chaque repas.

  Contrôle :
  - Les soins en rapport avec l'aide à l'alimentation sont notés dans le dossier patient[2].
  - Pour le score 4 , la présence permanente du prestataire de soins[1] lors de chaque repas doit se justifier par la notification de la nature du trouble de la fonction alimentaire dans le dossier patient[2].
  - En pédiatrie, le score 4 s'applique à la présence permanente d'un prestataire de soins lié à un besoin de supervision de l'enfant lors de son alimentation en fonction de son âge ou de son niveau de développement.

.

- **D120 : Aide à l'alimentation lors d'un repas pris dans la salle à manger.**

Définition :
Aider le patient à s'alimenter : boire et/ou manger lors d'un repas pris dans la salle à manger. La salle à manger est un espace en dehors des chambres des patients, spécialement conçu pour prendre les repas en groupe.

Modalités de score :

Quand deux possibilités de score se présentent le même jour d'enregistrement c'est le score le plus élevé qui l'emporte.

1 = *alimentation sans aide* : suivi ou soutien logistique du patient autonome qui s'alimente seul (ouvrir les emballages, couper la viande, beurrer les tartines, …)

2 = *aide partielle* : le patient est aidé pour un ou plusieurs aspects de l'alimentation (boire ou manger).

3 = *aide complète* : le patient est aidé complètement par un prestataire de soins[1] pour boire et manger.

4 = *présence permanente et guidance* durant toute la durée de chaque repas, d'un prestataire de soins[1] auprès du patient, en raison d'un trouble de la fonction alimentaire d'origine physique ou psychique (par ex. : troubles de déglutition, confusion aiguë, anorexie…) qui est de nature à causer des interruptions fréquentes ou une prolongation importante de la durée de chaque repas.

Contrôle :

- Les soins en rapport avec l'aide à l'alimentation pour un repas pris dans la salle à manger sont notés dans le dossier patient[2].
- Pour le score 4 , la présence permanente du prestataire de soins[1] lors de chaque repas doit se justifier par la notification de la nature du trouble de la fonction alimentaire dans le dossier patient[2].
- En pédiatrie, le score 4 s'applique à la présence permanente d'un prestataire de soins lié à un besoin de supervision de l'enfant lors de son alimentation en fonction de son âge ou de son niveau de développement.

- **<u>D130 : Patient à jeun durant 24h.</u>**

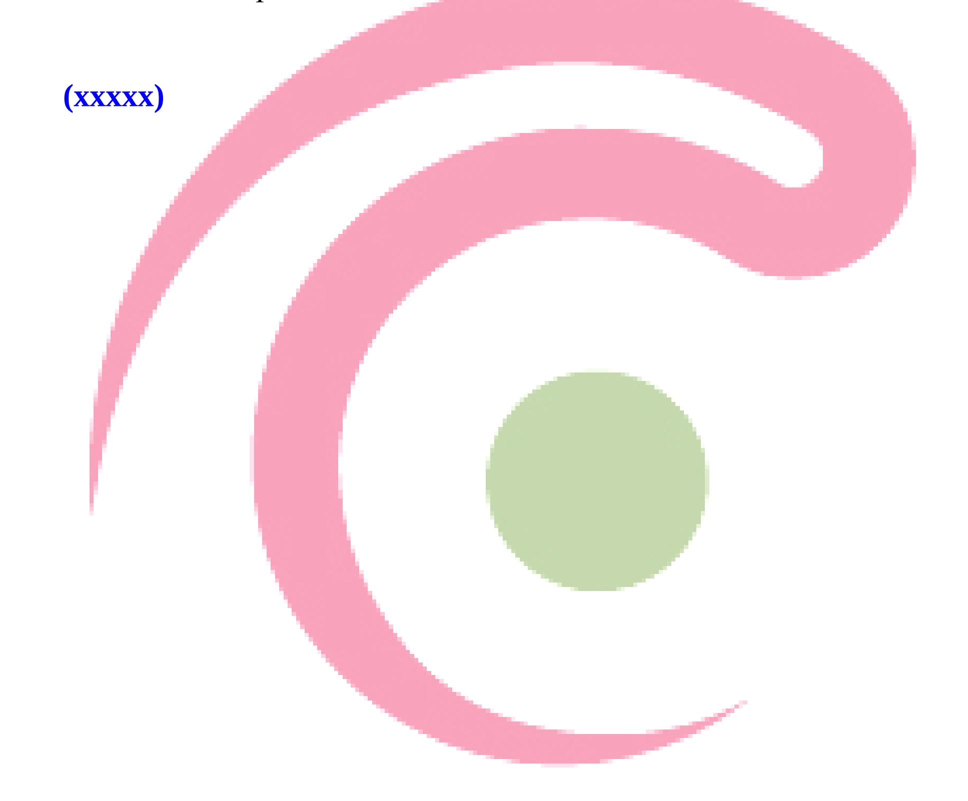
  <u>Définition</u> :
  Le patient est à jeun pour raison médicale pendant toute la durée du jour de l'enregistrement. A partir du moment où le patient bénéficie d'un repas ou boit le jour de l'enregistrement, il n'est plus considéré à jeun.

  <u>Modalités de score</u> :

  1 = le patient est à jeun le jour de l'enregistrement de 0h à 23h59 ou durant tout l'épisode de soin.

  <u>Contrôle</u> :
  - La notion de jeûne, durant l'entièreté du jour d'enregistrement ou durant l'entièreté de l'épisode de soins, doit se retrouver clairement au niveau du dossier patient[2].

(xxxxx)



Item D2 : Soins liés à l'alimentation maternelle et/ou artificielle de l'enfant.**

- **D200 : Soins liés à l'alimentation maternelle et/ou artificielle de l'enfant.**

Définition :
Soins relatifs à l'alimentation au biberon et/ou soins de soutien en cas d'allaitement maternel.

Modalités de score :
o Nombre de biberons donnés par un prestataire de soins[1]
ET/OU
o Nombre de moments où le prestataire de soins[1] accompagne la mère ou le père pour l'alimentation du nouveau-né au biberon et/ou au sein.

Contrôle :
- Le type d'alimentation maternelle ou artificielle ainsi que le type d'aide apportée doit être indiquée au dossier patient[2]
- Le nombre de biberons donnés ou de moments d'accompagnement par le prestataire de soins ainsi que les observations cliniques (ex : quantité bue…) sont notés au dossier patient[2].

Remarque :
- La seule préparation du biberon n'est pas suffisante pour scorer cet item.
- Cet item est simplement scoré chez l'enfant et non chez la maman.

Item D3 : Administration d'alimentation entérale par sonde.**

- **D300 : Administration d'alimentation entérale par sonde.**

Définition :
Ensemble des activités infirmières liées à l'alimentation par sonde (aliments et/ou liquides) via une sonde gastrique, intestinale ou un cathéter de stomie : préparation de l'alimentation, contrôle de la position, perméabilité de la sonde, administration de l'alimentation et/ou des liquides (à la seringue, au gouttes à gouttes ou par l'intermédiaire d'une pompe), mesure du résidu, rinçage si nécessaire. Cette activité peut être scorée quand elle est réalisée par le prestataire de soins ou par le patient.

Modalités de score :

1 = administration d'alimentation par sonde (naso-) gastrique (sans perforation cutanée).

2 = administration d'alimentation par voie d'accès artificielle : gastrostomie, jéjunostomie, …

Contrôle :
- Les modalités d'alimentation par sonde (produits, quantités, horaire) sont notés dans le dossier patient[2].
- Le type de sonde est noté au dossier patient[2].

Remarque :
- Une préparation intestinale en vue d'un examen ou d'une opération n'est pas reprise dans cet item.
- La gestion d'une sonde gastrique de décharge est scorée à l'aide de l'item G200.

Item D4 : Surveillance d'une alimentation parentérale totale (TPN).**

- **D400 : Surveillance d'une alimentation parentérale totale (TPN).**

  Définition :
  Administration d'alimentation parentérale totale. Le patient est nourri par voie intraveineuse en eau, lipides, protéines, glucose, vitamines, oligo-éléments et minéraux. Les vitamines et les oligo-éléments ne doivent pas nécessairement être administrés le jour de l'enregistrement. Les autres produits doivent obligatoirement être administrés le même jour. L'ensemble de ces composants peut être administrés soit séparément, soit en perfusion unique.

  Modalités de score :
  1 = présence.

  Contrôle :
  - La nature et les modalités d'administration de l'alimentation parentérale totale doivent être clairement indiquée dans le dossier patient[2].
  - Dans le cas d'une administration séparée des produits de la TPN, chaque composant de l'alimentation est noté spécifiquement dans le dossier patient[2].

  Remarque :
  - L'administration d'alimentation parentérale totale doit aussi être scorée dans les items H200 et H300 (administration de médicaments par voie IV).



Item D5** : Education à l'alimentation.

- **D500 : Education à l'alimentation.**

Définition :
Ensemle des soins éducatifs prodigués dans le but d'informer, de sensibiliser ou de permettre d'acquérir certaines connaissances, capacités ou compétences pour retrouver une autonomie au niveau de l'alimentation.
Exemple : déficit nutritionnel, altération de l'état général…

Cet item concerne le patient, sa famille ou toute autre personne significative.

Modalités de score :
1 = sensibilisation et information occasionnelle à l'alimentation
2 = éducation structurée à l'alimentation

Contrôle :
- Occasionnelle : le sujet des explications données est indiqué dans le dossier patient
- Structurée : l'éducation est notée au dossier et fait référence à un plan de soins d'éducation standard ou individualisé présent dans le dossier patient.

Remarque :
- En maternité, en pédiatrie et en néonatalogie, l'éducation est scorée chez le bébé.

Classe E : Promotion du confort physique.

***Définition* : Interventions visant à promouvoir le confort du patient.**

Item E1 : Gestion des symptômes : douleur.**

- **E100 : Gestion des symptômes : douleur.**

  Définition :
  Le suivi régulier et systématique de la douleur du patient. Le prestataire de soins[1] observe et évalue régulièrement la douleur auprès du patient à l'aide d'un instrument de mesure[3]. Ce suivi débouche sur un plan de soins et/ou un ordre permanent de prise en charge du patient et son évaluation.

  Modalités de score :
  Nombre de contrôles de la douleur

  Contrôle :
  - Les scores de douleur mesurés à l'aide d'un instrument de mesure[3] et les **(xxx)** modalités de prise en charge sont notées dans le dossier patient[2].

  Remarque :
  - Les actions résultant de cette gestion de la douleur (administration de médicaments, modifications des doses, …) seront quant à elles scorées dans la classe H : H100 - administration de médicaments par voie IM/SC/ID, H200 et H300 - administration de médicaments par voie IV, H400 - administration de médicaments par inhalation (aérosol/puff/tente à oxygène)

Item E2** : Gestion des symptômes : nausées et/ou vomissements.

- **E200 : Gestion des symptômes : nausées et/ou vomissements.**

Définition :
Le suivi régulier et systématique des nausées et/ou vomissements du patient. Le prestataire de soins[1] observe et évalue régulièrement les nausées et/ou vomissements auprès du patient à l'aide d'un instrument de mesure[3]. Ce suivi débouche sur un plan de soins et/ou un ordre permanent de prise en charge du patient et son évaluation.

Modalités de score :
Nombre de contrôles des nausées et/ou vomissements

Contrôle :
- Les scores de nausées et/ou vomissements mesurés à l'aide d'un instrument de mesure[3] et les **(xxxxx)** modalités de prise en chargesont notés dans le dossier patient[2].

Remarque :
- Les actions résultant de cette gestion des nausées et/ou vomissements (administration de médicaments, modifications des doses, …) seront quant à elles scorées dans la classe H : H100 - administration de médicaments par voie IM/SC/ID, H200 et H300 - administration de médicaments par voie IV, H400 - administration de médicaments par voie aérosol.

Item E3 : Gestion des symptômes : fatigue.**

- **E300 : Gestion des symptômes : fatigue.**

Définition :
Le suivi régulier et systématique de la fatigue du patient. Le prestataire de soins[1] observe et évalue régulièrement la fatigue auprès du patient à l'aide d'un instrument de mesure[3]. Ce suivi débouche sur un plan de soins et/ou un ordre permanent de prise en charge du patient et son évaluation.

Modalités de score :
Nombre de contrôles de la fatigue.

Contrôle :
- Les scores de fatigue mesurés à l'aide d'un instrument de mesure[3] et les **(xxxxx)** modalités de prise en charge sont notés dans le dossier patient[2].

Remarque :
- Les actions résultant de cette gestion de la fatigue (administration de médicaments, modifications des doses, …) seront quant à elles scorées dans la classe H : H100 - administration de médicaments par voie IM/SC/ID, H200 et H300 - administration de médicaments par voie IV, H400 - administration de médicaments par voie aérosol.

Item E4 : Gestion des symptômes : sédation.**

- **E400 : Gestion des symptômes : sédation.**

Définition :
Le suivi régulier et systématique de la sédation du patient. Le prestataire de soins[1] observe et évalue régulièrement la sédation à l'aide d'un instrument de mesure[3]. Ce suivi débouche sur un plan de soins et/ou un ordre permanent de prise en charge du patient et son évaluation.

Modalités de score :
Nombre de contrôles de la sédation.

Contrôle :
- Les scores de sédation mesurés à l'aide d'un instrument de mesure[3] et les **(xxxxx)** modalités de prise ne charge sont notés dans le dossier patient[2].

Remarque :
- Les actions résultant de cette gestion de la sédation (administration de médicaments, modifications des doses, …) seront quant à elles scorées dans la classe H : H100 - administration de médicaments par voie IM/SC/ID, H200 et H300 - administration de médicaments par voie IV, H400 - administration de médicaments par voie aérosol.

Classe F : Soutien aux soins personnels.

<u>Définition</u> : Interventions visant à prodiguer ou à aider à réaliser des activités habituelles de la vie quotidienne.

Item F1** : Soins d'hygiène.

- **<u>F110 : Soins d'hygiène : toilette au lavabo / lit / couveuse.</u>**

  <u>Définition</u> :
  Soins d'hygiène au lavabo, au lit ou en couveuse, comprenant : lavage corporel associé ou pas à un lavage des cheveux et/ou un brossage des dents et/ou un rasage (barbe) (liste limitative).

  <u>Modalités de score</u> :

  1 = *soutien de base :* *supervision ou soutien logistique* des soins d'hygiène exécutés entièrement par le patient. Ce score est également d'application quand des dispositifs logistiques seuls sont mis à la disposition pour se laver.
  Exemple : préparer un bassin, du savon, un gant de toilette, …
  2 = *aide partielle* pour les soins d'hygiène. Un prestataire de soins[1] aide le patient pour certains aspects de ses soins d'hygiène et le patient, ou une personne significative[4], réalise certains aspects des soins lui-même.
  3 = *aide complète* pour les soins d'hygiène. Le patient est entièrement dépendant d'un prestataire de soins[1] pour les soins d'hygiène.
  Exemple : toilette complète au lit.
  4 = *présence permanente* et *guidance*, durant toute la durée des soins d'hygiène, d'un prestataire de soins[1] auprès du patient en raison d'un trouble physique ou psychique qui est de nature à causer des interruptions fréquentes ou une prolongation importante de la durée des soins d'hygiène . Le prestataire de soins stimule et supervise le patient **(xxxxx)**.

  <u>Contrôle</u> :

  - Les soins d'hygiène <u>justifiés clairement du point de vue clinique</u> sont notés au dossier patient[2] sous forme d'activités précises.

  Exemple : toilette au lavabo avec aide pour le dos et les pieds à cause d'une limitation de la mobilité des membres supérieurs.

  - Pour le score 4, la présence permanente du prestataire de soins doit être justifiée dans le dossier patient en précisant la nature du trouble physique ou psychique.

  <u>Remarques</u> :

  - Le lavage des cheveux, le brossage des dents ou le rasage réalisés seuls (sans lavage corporel) sont considérés comme de l'aide partielle.
  - Les soins des oreilles, des yeux, des ongles, du nez, du nombril et du teton réalisés seuls ne sont pas pris en compte.
  - La toilette mortuaire et les soins aux défunts ne sont pas pris en compte dans cet item.
  - Si le patient a reçu des soins d'hygiène au lit et au bain le même jour d'enregistrement, le code F120 l'emporte.
  - **(xxxxx)**

- **F120 : Soins d'hygiène : donner un bain ou une douche.**

Définition :
Soins d'hygiène effectués dans un bain ou une douche par un prestataire de soins[1], comprenant: lavage corporel associé ou pas à un lavage des cheveux et/ou un brossage des dents et/ou un rasage (barbe).

Modalités de score :

1 = *soutien de base : supervision ou soutien logistique* des soins d'hygiène exécutés entièrement par le patient. Ce score est également d'application quand des dispositifs logistiques seuls sont mis à la disposition pour se laver.
Exemple : donner du savon, un gant de toilette, …

2 = *aide partielle* pour les soins d'hygiène. Un prestataire de soins[1] aide le patient pour certains aspects de soins d'hygiène et le patient, ou une personne significative[4], réalise certains aspects des soins lui-même.

3 = *aide complète* pour les soins d'hygiène. Le patient est entièrement dépendant d'un prestataire de soins[1] pour les soins d'hygiène.

4 = *présence permanente* et *guidance*, durant toute la durée des soins d'hygiène, d'un prestataire de soins[1] auprès du patient en raison d'un trouble physique ou psychique qui est de nature à causer des interruptions fréquentes ou une prolongation importante de la durée des soins d'hygiène . Le prestataire de soins stimule et supervise le patient.

Contrôle :

- o Les soins d'hygiène justifiés clairement du point de vue clinique sont notés au dossier patient[2] sous forme d'activités précises.

Exemple : toilette complète sous la douche d'un patient installé sur une chaise de douche car il présente des trouble de l'équilibre et de la coordination des mouvements.

- o Pour le score 4, la présence permanente du prestataire de soins doit être justifiée dans le dossier patient en précisant la nature du trouble physique ou psychique.

Remarque :

- Le lavage des cheveux, le brossage des dents ou le rasage réalisés seuls (sans lavage corporel) sont considérés comme de l'aide partielle.
- Les soins des oreilles, des yeux, des ongles, du nez, du nombril et du teton réalisés seuls ne sont pas pris en compte.
- Si le patient a reçu des soins d'hygiène au lit et au bain le même jour d'enregistrement, le code F120 l'emporte.
- Les bains thérapeutiques (comme l'hydrothérapie) ne sont pas pris en compte dans cet item.
- **(xxxxx)**

Item F2 : Education aux soins d'hygiène.**

- **F200 : Education aux soins d'hygiène.**

Définition :
Ensemble de soins éducatifs prodigués par le prestataire de soins[1] dans le but d'informer, de sensibiliser ou de permettre d'acquérir certaines connaissances, capacités ou compétences pour que le patient retrouve une autonomie au niveau des soins d'hygiène.
Exemple : **(xxxxx)** retour aux habitudes de vie après AVC, altération de l'état général,…

Cet item concerne le patient, sa famille ou toute autre personne significative.

Modalités de score :
1 = sensibilisation et information occasionnelle aux soins d'hygiène
2 = éducation structurée aux soins d'hygiène

Contrôle :
- Occasionnelle : le sujet des explications données est indiqué dans le dossier patient
- Structurée : l'éducation est notée au dossier et fait référence à un plan de soins d'éducation standard ou individualisé présent dans le dossier du patient.

Remarque :
- L'éducation relative à la prise en charge d'une stomie n'est pas reprise dans cet item, (cfr. code B600 - éducation à l'élimination urinaire et/ou fécale).
- En maternité, en pédiatrie et en néonatalogie, l'éducation est scorée chez le bébé.

Item F3** : Aide pour l'habillement civil de jour.

- **F300 : Aide pour l'habillement civil de jour.**

  Définition :
  Ensemble des activités infirmières en rapport avec l'habillage ET le déshabillage de vêtements civils, le matin comme le soir. Le patient a besoin d'une aide pour s'habiller et se déshabiller. Le patient est habillé le matin avec ses vêtements civils de jour (tout l'éventail de l'habillage civil, du training jusqu'aux vêtements de ville, tant au-dessus qu'en-dessous de la ceinture, y compris les chaussures ou pantoufles) et déshabillé le soir pour lui mettre ses vêtements de nuit.

  Modalités de score :
  1 = présence.

  Contrôle :
  - Le problème qui justifie ce soin est précisé au dossier patient[2]
  - L'aide à l'habillage civil est noté au dossier patient[2].

  Remarques :
  - Ne sont pas compris comme habillage civil de jour :
    - ✓ pyjama, chemise d'opéré, peignoir
    - ✓ le déshabillage du patient à l'arrivé dans une unité de soins ou l'habillage du patient lors de son départ de l'unité de soins
    - ✓ l'habillage seul ou le déshabillage seul
    - ✓ l'habillage lors du décès

Item F4 : Soins liés à l'image corporelle.**

- **F400 : Soins liés à l'image corporelle.**

Définition :
Conserver et/ou restaurer l'image corporelle uniquement par la série d'interventions reprises ci-dessous et exécutées par un prestataire de soins[1] (liste limitative de 3 types d'interventions) :

  - type a : mise en place d'une prothèse : capillaire, mammaire, de membre, oculaire.
  - type b : prévention de la chute des phanères : casque réfrigérant, bain d'ongles.
  - type c : maquillage.

Modalités de score :
Nombre des différents types de soins liés à l'image corporelle (score maximal : a+b+c=3).

Contrôle :
  - Le problème en soins infirmiers ou le besoin de soins liés à l'image corporelle sont précisés dans l'anamnèse infirmière ou les notes d'observation
  - Les soins sont notés au dossier patient[2].

Remarque :
  - Les soins réalisés par le coiffeur, la pédicure, la manucure, le visagiste ne sont pas repris.
  - La toilette mortuaire et les soins aux défunts ne sont pas pris en compte dans cet item.

Item F5 : Soins de bouche particuliers.**

- **F500 : Soins de bouche particuliers.**

Définition :
Ensemble des activités infirmières réalisées de manière préventive ou curative en rapport avec l'état buccal : muqueuse, langue et dents.
Concrètement, cela comporte :
  - le contrôle journalier de l'état de la bouche et sa notification au dossier patient[2]

  ET
  - le lavage ou soins de bouche :
    - soit réalisés complètement par le prestataire de soins[1]
    - soit supervisés et/ou enseignés par le prestataire de soins[1] au patient ou à la personne significative[4].

Modalités de score :
Fréquence des soins de bouche particuliers le jour de l'enregistrement.

Contrôle :
  - La fréquence des lavages ou soins de bouche particuliers doivent être notés dans le dossier patient[2]
  - L'évaluation journalière de l'état buccal doit être retrouvée dans le dossier patient[2] par un système de codes ou un rapport.
  - Les produits utilisés pour ces soins de bouche particuliers sont notés au dossier patient[2].

Remarque :
  - Le brossage des dents n'est pas repris dans cet item. Il se score dans l'item F110 – soins d'hygiène au lavabo / lit / couveuse ou dans l'item F120 – soins d'hygiène : donner un bain ou une douche.

Domaine 2 : Soins liés aux fonctions physiologiques complexes.
Soins qui aident à la régulation homéostatique.

Classe G : Gestion hydro-électrolytique ou acido-basique.

Définition ***:Interventions visant à réguler l'équilibre hydroélectrolytique et acido-basique et à prévenir les complications.***

Item G1 : Gestion de la balance alimentaire ou hydro-électrolytique.**

- **G100 : Gestion de la balance alimentaire ou hydro-électrolytique.**

  Définition :
  Suivi infirmier d'une balance alimentaire ou hydro-électrolytique afin d'éviter ou de diminuer les complications liés à un éventuel déséquilibre.

  Modalités de score :

  1 = suivi journalier de la diurèse (bilan urinaire total) ou de l'état de nutrition (bilan hydro-alimentaire) :
    - le débit urinaire (out) est contrôlé d'une façon journalière.

    OU
    - contrôle et évaluation journalière de l'état nutritionnel :alimentation prise par le patient(quoi et combien).

    OU
    - suivi journalier du poids du patient (différence calculée par rapport au jour précédent).

  2 = suivi journalier d'une balance hydro-électrolytique avec bilan in-out 1 fois par jour : une fois par jour le bilan complet (ce qui est administré, ce qu'il a ingéré et ce qu'il a excrété) est calculé pour avoir le résultat de la balance hydrique.

  3 = suivi journalier d'une balance hydro-électrolytique avec bilan in-out de 2 à 6 fois par jour : deux à six fois par jour le bilan complet (ce qui est administré, ce qu'il a ingéré et ce qu'il a excrété) est calculé pour avoir le résultat de la balance hydrique.

  4 = suivi journalier d'une balance hydro-électrolytique avec bilan in-out de 7 à 12 fois par jour : sept à douze fois par jour le bilan complet (ce qui est administré, ce qu'il a ingéré et ce qu'il a excrété) est calculé pour avoir le résultat de la balance hydrique.

  5 = suivi journalier d'une balance hydro-électrolytique avec bilan in-out plus de 12 fois par jour : plus de douze fois par jour le bilan complet (ce qui est administré, ce qu'il a ingéré et ce qu'il a excrété) est calculé pour avoir le résultat de la balance hydrique.

  (xxxxx)

Contrôle :
- Le bilan urinaire total ou le bilan hydro-alimentaire doit se retrouver dans le dossier patient[2].
- Les différents résultats de la balance doivent se retrouver dans un document de suivi, présent dans le dossier patient.

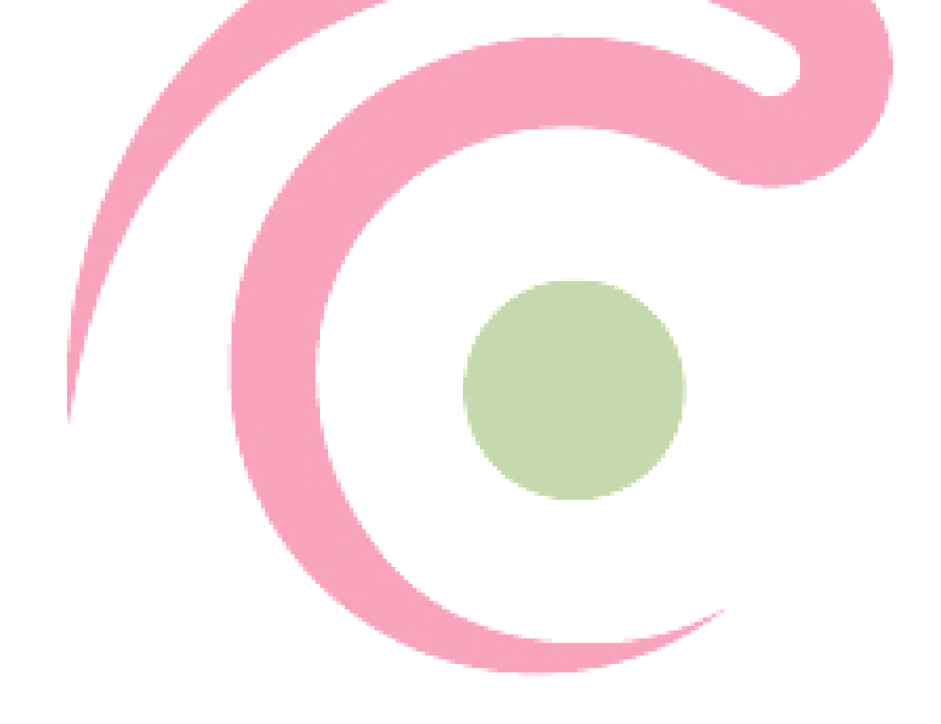
Item G2 : Gestion d'une sonde gastrique de décharge.**

- **<u>G200 : Gestion d'une sonde gastrique de décharge.</u>**

  Définition :
  La supervision et les soins infirmiers concernant une sonde gastrique à visée évacuatrice : contrôle de la position, prévention d'escarres au niveau du nez / coin de la bouche, contrôle de la décharge, vérification de l'aspiration, …

  Modalités de score :
  1 = présence d'une gestion.

  Contrôle :
  - Les soins réalisés sont notés précisément dans le dossier patient[2].
  - Le débit de la sonde est noté quotidiennement dans le dossier patient[2]



Item G3 : Gestion de la glycémie.**

- **G300 : Gestion de la glycémie.**

Définition :
La prévention et/ou le traitement avec ou sans éducation[5] infirmière d'un taux de glucose trop élevé ou trop bas dans le sang.
Concrètement, cela comporte :

- le monitoring de la glycémie associé à la recherche des signes cliniques d'une hypo- ou d'une hyperglycémie.

ET

- le suivi, l'appréciation des résultats et le traitement des variations de la glycémie réalisées par le prestataire de soins[1] ou le patient lui-même.

ET

- l'application, si nécessaire, d'une thérapie, adaptée ou continuée, sur base d'une prescription médicale.

AVEC ou SANS

- l'éducation[5] du patient

Modalités de score :
1 = présence d'une gestion de la glycémie.
2 = présence d'une gestion de la glycémie avec éducation[5].

Contrôle :

- Une prescription médicale (AR du 13 juillet 2006 paru au M.B. du 7 août 2006) liée à la gestion de la glycémie doit se retrouver dans le dossier patient[2].
- Les valeurs de la glycémie et les signes cliniques d'hypo- ou d'hyperglycémie sont transcrits dans le dossier patient[2].
- Pour le score 2 : l'éducation[5] doit être notée au dossier du patient[2] et fait référence soit à un plan de soins d'éducation standard[6] ou individualisé **(xxxxx)** .

Remarque :

- Les prélèvements artériels, veineux et capilaires réalisés par un prestataire de soins sont scorés dans la classe N.
- Une prescription unique et isolée n'est pas suffisante pour être considérée comme une gestion.

Item G4 : Gestion de l'équilibre acido-basique et/ou ionique et/ou de l'hémoglobine et /ou de la coagulation.**

- **G400 : Gestion de l'équilibre acido-basique et/ou ionique et/ou de l'hémoglobine et/ou de la coagulation.**

  Définition :
  Suivi infirmier consistant en une appréciation des résultats de prélèvements (artériels, veineux ou capillaires)ou via d'autres méthodes, de valeurs biologiques acido-basiques et/ou ioniques et/ou de l'hémoglobine et/ou de la coagulation au minimum 3 x/jour.

  Modalités de score :
  1 = présence d'une gestion.

  Contrôle :
  - L'ordre permanent ou la prescription particulière en rapport avec les éventuelles actions face aux valeurs seuils doivent se retrouver dans le dossier patient[2].
  - Dans le cadre de la gestion, les valeurs biologiques sont mesurées et notées **(xxxxx)** au minimum 3 fois par jour dans le dossier.

  Remarque :
  - Seul le suivi des éléments pris en compte dans la définition peut être scoré dans cet item.
  - Les prélèvements artériels, veineux et capilaires réalisés par un prestataire de soins[1] sont scorés dans la classe N.
  - Une prescription unique et isolée n'est pas suffisante pour être considérée comme une gestion.

Item G5** : Gestion de la dialyse.

- **G500 : Gestion de la dialyse.**

Définition :
Régulation des entrées et sorties des liquides d'une dialyse péritonéale ou d'une épuration extra-rénale. Ce suivi peut être réalisé par un prestataire de soins[1], par le patient lui-même ou une personne significative[4] accompagnés par un prestataire de soins[1].

Modalités de score :

1 = présence d'une dialyse péritonéale le jour de l'enregistrement.

2 = présence d'une hémodialyse discontinue (≤ 8 heures) le jour de l'enregistrement.

3 = présence d'une hémodialyse continue (> 8 heures) le jour de l'enregistrement.

Contrôle :
- Les soins liés à la dialyse sont notés au dossier patient[2].

Remarque :
- Les liquides de substitution utilisés pour la dialyse ne peuvent pas être scorés dans les médicaments IV (cfr. items H200 et H300).
- Si des produits supplémentaires sont ajoutés aux liquides de substitution, ceux-ci peuvent être scorés dans les items H200 et H300 (Par ex. : potassium, …)
- Le début et la fin de la dialyse sont concrétisés par le moment du branchement et du débranchement du patient noté dans le dossier patient.

Classe H : Admnistration des médicaments

***Définition* : Interventions visant à faciliter la survenue des effets désirés des agents pharmacologiques.**

Items H1 : Administration de médicaments par voie IM / SC / ID.**

- **H100 : Administration de médicaments différents par voie IM / SC / ID.**

  Définition :
  Administration de médicaments par voie intra-musculaire, sous-cutanée, ou intra-dermique. Les reconstitutants et diluants du principe actif ne sont pas considérés comme des médicaments IM / SC / ID supplémentaires.

  Modalités de score :
  Nombre de médicaments IM / SC / ID différents administrés le jour de l'enregistrement.

  Contrôle :
  - Les différents types de médicaments IM / SC / ID administrés sont notés dans le dossier patient[2] en précisant le nom (sans abréviation), la dose, l'unité de mesure, les heures et la voie d'administration.

  Remarque :
  - Les médicaments transdermiques (ex. patchs) ne sont pas pris en compte dans cet item.
  - Les perfusions SC sont reprises dans cet item en indiquant clairement le début et la fin de l'administration..

Items H2** : Administration de médicaments IV.

- **H200 : Nombre de médicaments différents administrés par voie IV.**

Définition :
Administration de médicaments par voie intra-veineuse.
Les reconstituants et diluants du principe actif ne sont pas considérés comme des médicaments IV supplémentaires.

Modalités de score :
Nombre de médicaments différents administrés par voie IV le jour de l'enregistrement.

Contrôle :
Les différents types de médicaments IV administrés sont notés dans le dossier patient[2] en précisant le nom (sans abréviation), la dose, l'unité de mesure, les heures et la voie d'administration.

Remarque :

- L'administration d'alimentation parentérale totale doit aussi être scorée dans l'item D400.
- Les perfusions IV sont reprises dans cet item en indiquant clairement le début et la fin de l'administration.
- Seuls les changements des dispositifs d'administration (seringues, burettes, …) sont comptés et non pas les modifications des vitesses de perfusion.
- Les liquides de substitution utilisés en dialyse, sang et dérivés sanguins (N100) ne sont pas repris dans cet item.
- Si des produits supplémentaires sont ajoutés aux liquides de substitution utilisés lors de la dialyse ou aux perfusions d'entretien veineux, ceux-ci peuvent être scorés dans cet item.
- Si on score le H200, il faut aussi scorer le H300.
- Les flush et rinçages de voies d'accès ne sont pas pris en compte dans cet item car ils ne sont pas considéres comme des administrations de médicaments IV.

Items H3 : Administration de médicaments IV.**

- **H300 : Fréquence d'administration la plus élevée de médicaments IV.**

  Définition :
  Administration de médicaments par voie intra-veineuse.
  Les reconstitutants et diluants du principe actif ne sont pas considérés comme des médicaments IV supplémentaires.

  Modalités de score :
  Fréquence d'administration la plus élevée de médicaments IV le jour de *l'enregistrement.*

  Contrôle :
  Les différents types de médicaments IV administrés sont notés dans le dossier patient[2] en précisant le nom (sans abréviation), la dose, l'unité de mesure, les heures et la voie d'administration.

  Remarque :
  - L'administration d'alimentation parentérale totale doit aussi être scorée dans l'item D400.
  - Les perfusions IV sont reprises dans cet item en indiquant clairement le début et la fin de l'administration.
  - Seuls les changements des dispositifs d'administration (seringues, burettes, …) sont comptés et non pas les modifications des vitesses de perfusion.
  - Les liquides de substitution utilisés en dialyse, sang et dérivés sanguins (N100) ne sont pas repris dans cet item.
  - Si des produits supplémentaires sont ajoutés aux liquides de substitution utilisés lors de la dialyse ou aux perfusions d'entretien veineux, ceux-ci peuvent être scorés dans cet item.
  - Si on score le H300, il faut aussi scorer le H200
  - Les flush et rinçages de voies d'accès ne sont pas pris en compte dans cet item car ils ne sont pas considéres comme des administrations de médicaments IV.

Item H4 : Administration de médicaments par inhalation (aérosol / puff / tente à oxygène).**

- **<u>H400 : Administration de médicaments par inhalation (aérosol / puff / tente à oxygène).</u>**

  <u>Définition</u> :
  Administration de médicaments par inhalation (aérosol / puff / tente à oxygène). Les reconstitutants et diluants du principe actif ne sont pas considérés comme des médicaments inhalés supplémentaires.

  <u>Modalités de score</u> :
  Nombre de moments d'administration de médicaments par inhalation le jour de l'enregistrement.

  <u>Contrôle</u> :
  Les différents types de médicaments administrés par inhalation sont notés dans le dossier patient[2] en précisant le nom (sans abréviation), la dose, l'unité de mesure, les heures ou moment d'administration et la voie d'administration.

  <u>Remarque</u> :
  - Un moment d'administration est une phase pendant laquelle le prestataire de soins administre la dose prescrite de médicament ou accompagne le patient, sans faire de différence entre le nombre de flapules, puffs, … administrés lors du même moment d'administration.
  - L'administration d'oxygène n'est pas pris en compte dans cet item

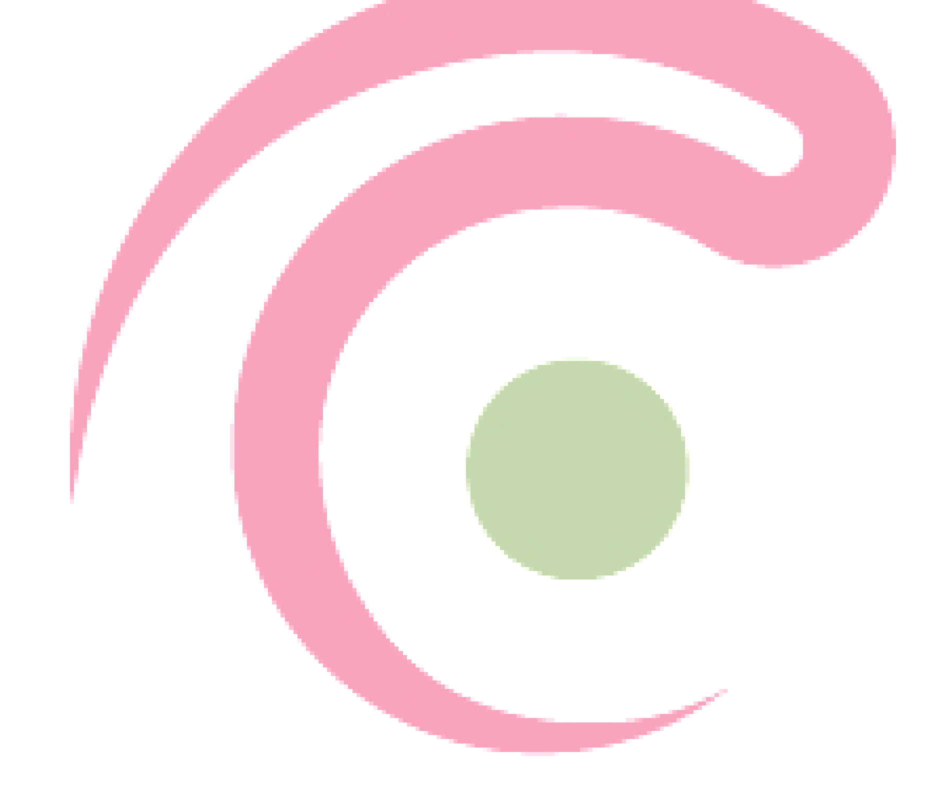
Item H5 : Administration de médicaments par voie vaginale.**

- **H500 : Administration de médicaments par voie vaginale.**

Définition :
Administration de médicaments par voie vaginale.

Modalités de score :
Nombre de médicaments différents administrés par voie vaginale le jour de l'enregistrement.

Contrôle :
Les différents types de médicaments administrés par voie vaginale sont notés dans le dossier patient[2] en précisant le nom (sans abréviation), la dose, l'unité de mesure, les heures et la voie d'administration.



Classe I : Soins liés à la fonction neurologique.

***Définition* : Interventions visant à optimiser les fonctions neurologiques.**

Item I1 : Surveillance neurologique à l'aide d'un instrument de mesure[3].**

- **I100 : Surveillance neurologique à l'aide d'un instrument de mesure[3].**

  Définition :

Echelle de coma de Glasgow	
A) Ouverture des yeux (Y) Spontanée : 4 Sur ordre : 3 A la douleur : 2 Absente : 1 **B) Meilleure réponse motrice (M)** Obéit : 6 Localisée : 5 Mouvements de retrait : 4 Flexion anormale (le fait de plier un membre par exemple) : 3 Réponse en extension : 2 Absente : 1	**C) Réponses verbales (V)** Orientées : 5 Conversation confuse : 4 Mots inappropriés : 3 Sons incompréhensibles : 2 Absente : 1 **Le score du coma = Y+M+V** Minimum : 3 Maximum :15

Collecte et analyse des données du patient afin de prévoir ou réduire les complications neurologiques à l'aide d'une échelle de Glasgow (score/15) ou d'un autre instrument de mesure[3].

Modalités de score :

Fréquence des contrôles avec l'échelle de Glasgow ou un autre instrument de mesure[3].

Contrôle :

- La surveillance neurologique associée au score de Glasgow **(xxxxx)** ou d'un autre instrument de mesure doit être retrouvée dans le dossier patient[2].
- Les instruction pour compléter l'échelle de Glasgow ou un autre instrument de mesure[3] doit se trouver au niveau de l'unité de soins.

Item I2 : Surveillance d'une pression intracrânienne avec ou sans drainage.**

- **I 200 : Surveillance d'une pression intracrânienne avec ou sans drainage.**

  Définition :
  Collecte et analyse des données du patient afin de réguler la pression intracrânienne associées ou non aux soins liés à la présence d'un drain ventriculaire.

  Modalités de score :

  1 = surveillance de la pression intra-cranienne sans drainage.

  2 = surveillance de la pression intracrânienne avec drainage ventriculaire de liquide céphalo-rachidien (LCR).

  Contrôle :
  - Les paramètres (pression, quantité de LCR drainée, …) liés à la surveillance de la pression intra-crânienne avec ou sans drainage sont notés au dossier patient[2].

Classe K : Soins liés à la respiration.

***Définition* : Interventions visant à favoriser la perméabilité des voies aériennes et les échanges gazeux.**

Item K1 : Aspiration des voies aériennes.**

- **K100 : Aspiration des voies aériennes.**

  Définition :
  Aspiration des sécrétions bucales et/ou nasales et/ou endo-trachéales à l'aide d'une sonde d'aspiration.

  Modalités de score :
  1 = présence.

  Contrôle :
  - Les types d'aspirations doivent être notés dans le dossier patient[2] ainsi que la fréquence d'aspiration, l'aspect (couleur, fluidité,…) et de la quantité des sécrétions.

Item K2 : Statut respiratoire.**

- **<u>K200 : Statut respiratoire.</u>**

Définition :
Installation de matériel respiratoire chez le patient afin d'optimaliser son oxygénation, exception faite du soutien médicamenteux.

Modalités de score :
1 = masque, lunettes, sonde, tente ou cloche.
2 = tube endotrachéal, masque laryngé.
3 = canule trachéale.

Contrôle :
- Le matériel respiratoire utilisé chez ce patient et sa surveillance sont notés au dossier patient[2].
- Le motif de l'installation de ce matériel est indiqué au dossier[2].

Remarque :
- Une ventilation non invasive comme BIPAP (Bilevel Positive Airway Pressure) et CPAP (Contineous Positive Airway Pressure) sont scorées en combinant les items K200 et K300.

Item K3 : Ventilation artificielle.**

- **K300 : Ventilation artificielle.**

Définition :
Présence d'une ventilation artificielle ou présence d' une position particulière ou une ventilation spéciale le jour de l'enregistrement
L'objectif de cette position particulière doit être uniquement à visée respiratoire.

La ventilation artificielle spéciale comprend :

- une technique de ventilation à haute fréquence : High Frequency Positive Pressure Ventilation (HFPPV), High Frequency Jet Ventilation (HFJV), High Frequency Oscillatory Ventilation (HFOV), High Frequency Percussion Ventilation (HFPV)
- la ventilation sous NO (ventilation au monoxide d'azote)
- la ventilation liquide

La position particulière (à visée respiratoire) comprend :

- l'utilisation d'un lit de type RotaRest.
- l'utilisation de la position ventrale.

Modalités de score :
1 = présence d'une ventilation artificielle.

2 = présence d'une position particulière ou ventilation artificielle spéciale.

Contrôle :

- Le mode de ventilation et/ou la présence d'une position particulière sont notés au dossier patient[2].

Remarque :

- Une ventilation non invasive comme BIPAP (Bilevel Positive Airway Pressure) et CPAP (Contineous Positive Airway Pressure) sont scorées en combinant les items K200 et K300.

Classe L : Soins de la peau et des plaies.

Définition ***:Interventions visant à maintenir ou à restaurer l'intégrité des tissus.***

Item L1 : Surveillance d'une plaie et/ou d'un pansement avec ou sans présence de matériel.**

- **L100 : Surveillance d'une plaie et/ou d'un pansement, avec ou sans présence de matériel (sans changement de pansement).**

  Définition :
  La surveillance d'une plaie suturée ou ouverte et/ou d'un pansement avec ou sans présence de matériel **SANS** changement de pansement le jour de l'enregistrement.
  La vidange et/ou le changement des collecteurs (drainage en décharge, drainage aspirant sous vide, …) est compris dans cet item.

  Modalités de score :
  Nombre de zone où une surveillance d'une plaie suturée ou ouverte et/ou d'un pansement, avec ou sans présence de matériel, est réalisée le jour de l'enregistrement

  Contrôle
  - La localisation de la plaie et/ou du pansement et le résultat constaté sont notés au dossier du patient[2].

  Remarque:

- La surveillance d'une plaie et/ou d'un pansement compte pour toute la journée d'enregistrement ; si la surveillance est faite plusieurs fois par jour, elle n'est pas cumulable.
- Une plaie recevant des soins le jour de l'enregistrement et codée L200, L300, L400 ne peut pas être codée comme surveillance en même temps.
- Ne sont pas repris dans cet item : le soins aux orifices de cathéter/aiguille IV, IA, incision d'une voie d'accès, pansement de drainage de liquide céphalo-rachidien ; ces interventions sont codées dans les items I200 et N200.
- Les soins de plaie se rapportent à des soins de peau et non aux soins des yeux, des muqueuses, …

Item L2 : Soins aux plaies suturées et/ou aux orifices de drain.**

- **L200 : Soins aux plaies suturées et/ou aux orifices de drain.**

Définition :
Les soins aux plaies suturées et/ou aux orifices de drain consistent en un nettoyage et/ou une désinfection d'une plaie fermée chirurgicalement ou le nettoyage et/ou la désinfection d'un orifice de drain. Pendant ce nettoyage et/ou désinfection la plaie est surveillée et contrôlée.

Les soins concernés sont :
- les soins aux plaies suturées (agrafes, fils, clips, stéri-strips, colle) avec la présence ou non d'un redon, ou d'une lamelle dans la suture ou dans les alentours
- les soins à un orifice de drain thoracique
- les soins à un orifice de sonde suspubienne ou de sonde de gastrostomie
- les soins aux orifices de fixateurs externes
- soins aux points de ponction (par ex. ponction de foie)

Modalités de score :
Nombre de zone où des soins à une plaie suturée et/ou orifices de drain sont réalisés le jour de l'enregisrement
Si les soins sont réalisés plusieurs fois par jour, le nombre de zone est multiplié par le nombre de soins.

Contrôle :
Les éléments suivants doivent être notés au dossier du patient :
- le type de plaie et/ou d'orifice (nature +localisation)
- la description clinique de la plaie (localisation, taille, profondeur, couleur ainsi que le matériel éventuellement présent : sutures, drainage…)
- les soins réalisés (processus, matériel et produits)
- l'observation de la plaie durant les soins
- le résultat : la réalisation des soins, autre matériel, autre produit…

Remarque :
- Les soins aux cathéter IV/IA (N 200), soins de points de ponction de prises de sang (N300, N400, N500), soins aux incisions de voie d'accès (N200), pansements de drainage de liquide céphalo-rachidien (I200) ne sont pas repris dans cet item.
- Ces soins ne sont ni des soins simples de plaies ouvertes (L300), ni des soins complexes de plaies ouvertes (L 400), ni des soins aux lésions dermatologiques (L 500).
- Les soins de plaie se rapportent à des soins de peau et non aux soins des yeux, des muqueuses, …
- Les soins par toilette vulvaire ou bain de siège de l'épisiotomie ou de la suture de déchirure sont compris dans cet item .

Item L3 : Soins simples de plaies ouvertes**

- **L300 : Soins simples de plaies ouvertes**

Définition
Un soin simple de plaie ouverte consiste en un nettoyage et/ou une désinfection de la plaie avec application d'un pansement protecteur.
Le pansement protecteur consiste en l'utilisation des produits suivants : pansement actif (type hydrogel, hydrocolloïde, alginate, …), tulle gras, interface, pommade, ….

Modalités de score
Nombre de zone où des soins simples de plaies ouvertes sont réalisés le jour de l'enregistrement.
Si les soins sont réalisés plusieurs fois par jour, le nombre de zone est multiplié par le nombre de soins.

Contrôle
Les éléments suivants doivent être notés au dossier du patient :
- le type de plaie et/ou d'orifice (nature +localisation)
- la description clinique de la plaie (localisation, taille, profondeur, couleur ainsi que le matériel éventuellement présent : sutures, drainage…)
- les soins réalisés (processus, matériel et produits)
- l'observation de la plaie durant les soins
- le résultat : la réalisation des soins, autre matériel, autre produit…

Remarque
- Ces soins ne sont ni des soins aux plaies suturée et/ou orifices de drain (L200), ni des soins complexes de plaies ouvertes (L 400), ni des soins aux lésions dermatologiques (L500).

Item L4 : Soins complexes de plaies de plaies ouvertes**

- **L400 : Soins complexes de plaies de plaies ouvertes.**

Définition :
Un soin complexe de plaie ouverte consiste en un nettoyage et/ou une désinfection de la plaie avec application d'un pansement protecteur
ET au moins un des soins suivants:
- irrigation d'une plaie profonde à l'aide d'une sonde
- douche/bain (hydrothérapie)
- méchage
- placement d'un système d'aspiration sous vide
- placement de lumière polarisée
- repositionnement d'un skin tear (greffe de peau).
- débridement, curetage, placement de larves ou de sangsues,...

Modalités de score
Nombre de zone où des soins complexes de plaies ouvertes sont réalisés le jour de l'enregistrement.
Si les soins sont réalisés plusieurs fois par jour, le nombre de zone est multiplié par le nombre de soins.

Contrôle
Les éléments suivants doivent être notés au dossier du patient :
- le type de plaie et/ou d'orifice (nature +localisation)
- la description clinique de la plaie (localisation, taille, profondeur, couleur ainsi que le matériel éventuellement présent : sutures, drainage…)
- les soins réalisés (processus, matériel et produits)
- l'observation de la plaie durant les soins
- le résultat : la réalisation des soins, autre matériel, autre produit…

Remarque :
Ces soins ne sont ni des soins aux plaies suturées et/ou orifices de drain (L200), ni des soins simples de plaies ouvertes (L 300), ni des soins aux lésions dermatologiques (L500).

Item L5 : Soins aux lésions dermatologiques .**

- **L500 : Soins aux lésions dermatologiques .**

Définition :
Ensemble des soins infirmiers relatifs aux maladies de la peau. Plus spécifiquement, l'application de pommades et pansements pour traiter une ou plusieurs affections dermatologiques, **sans** altération de la barrière cutanée (par ex. urticaire, psoriasis, gale, …).
La non altération de la barrière cutanée distingue la lésion dermatologique d'une plaie.

Modalités de score

- Nombre de zone où des soins à des lésions dermatologiques sont réalisées le jour de l'enregistrement.
- Si les soins sont réalisés plusieurs fois par jour, le nombre de zone est multiplié par le nombre de soins.

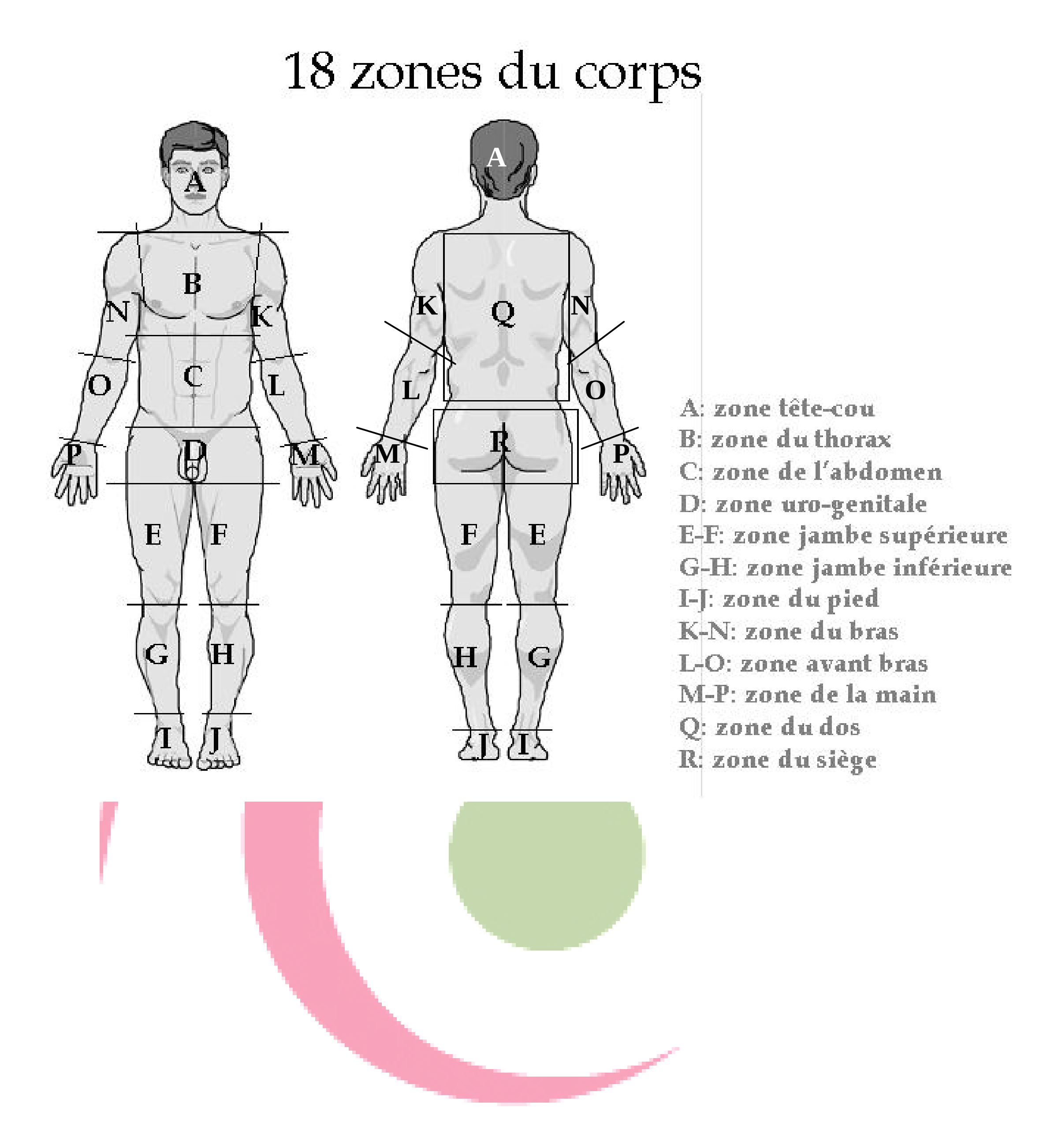
Contrôle
Les éléments suivants doivent être notés au dossier du patient :

- le type de lésion (nature +localisation)
- la description clinique de la lésion (localisation, taille, couleur)
- les soins réalisés (processus, matériel et produits)
- l'observation de la lésion durant les soins
- le résultat : la réalisation des soins, autre produit.

Remarque

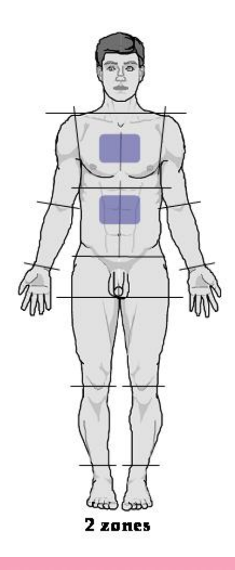
- Ces soins ne sont ni des soins aux plaies suturée et/ou orifices de drain (L200), ni des soins simples de plaies ouvertes (L 300), ni des soins complexes de plaies ouvertes (L400).
- Ces soins ne peuvent constituer une friction avec de l'eau de cologne ou un massage avec une lotion hydratante…

Carte des zones de plaies

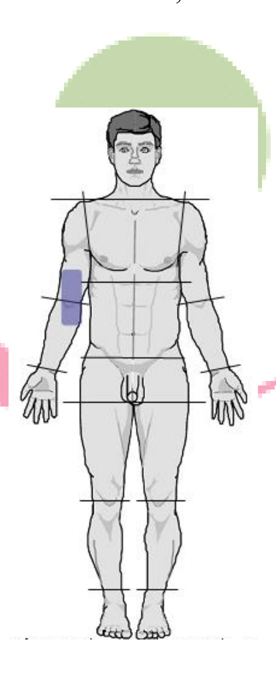


Quelques exemples pour le calcul du nombre de zone de plaie

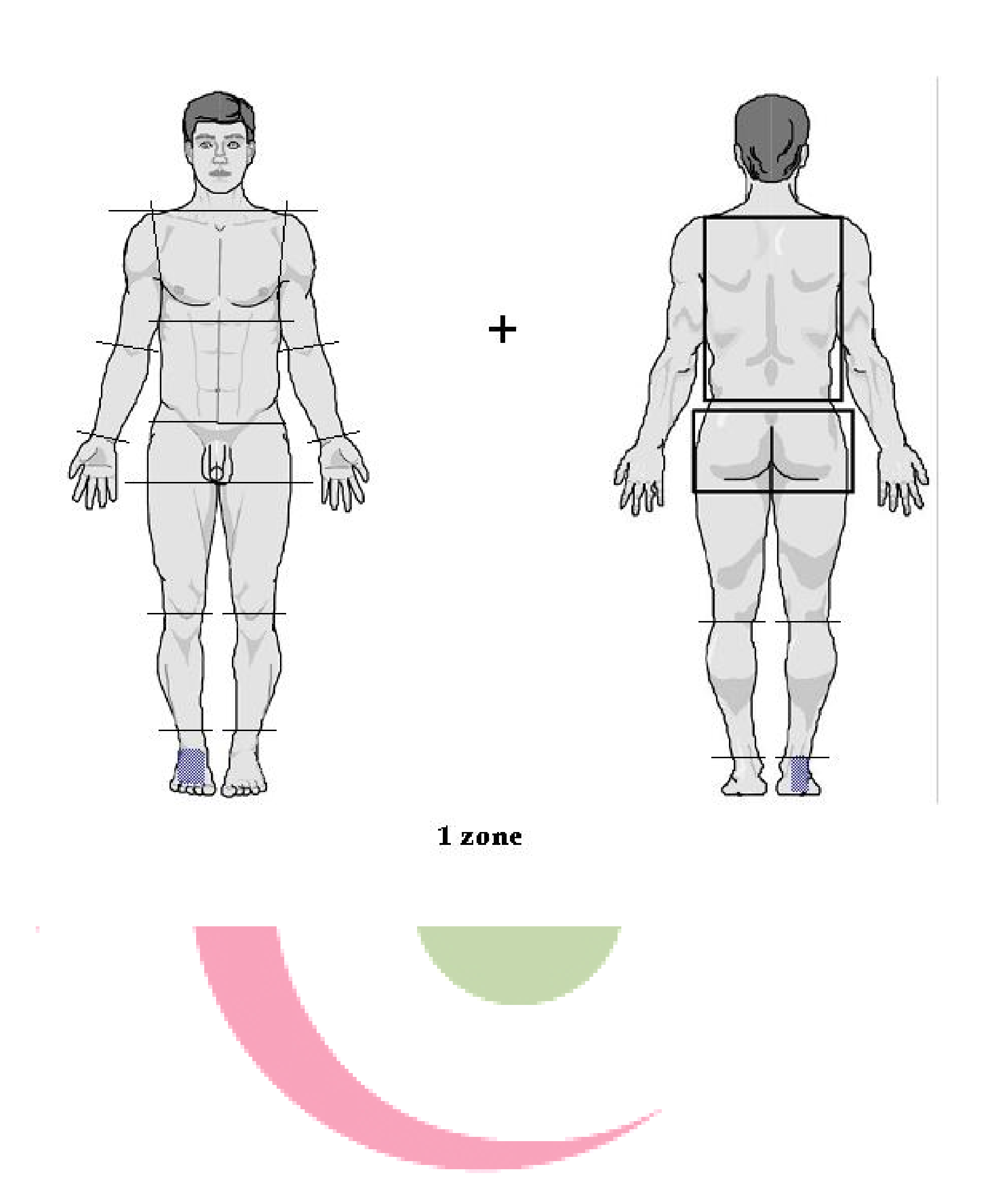
Chez ce patient, deux zones sont clairement identifiées: le thorax et l'abdomen



Chez ce patient, il y a chevauchement de deux zones; il faut donc compter 2 zones de plaie

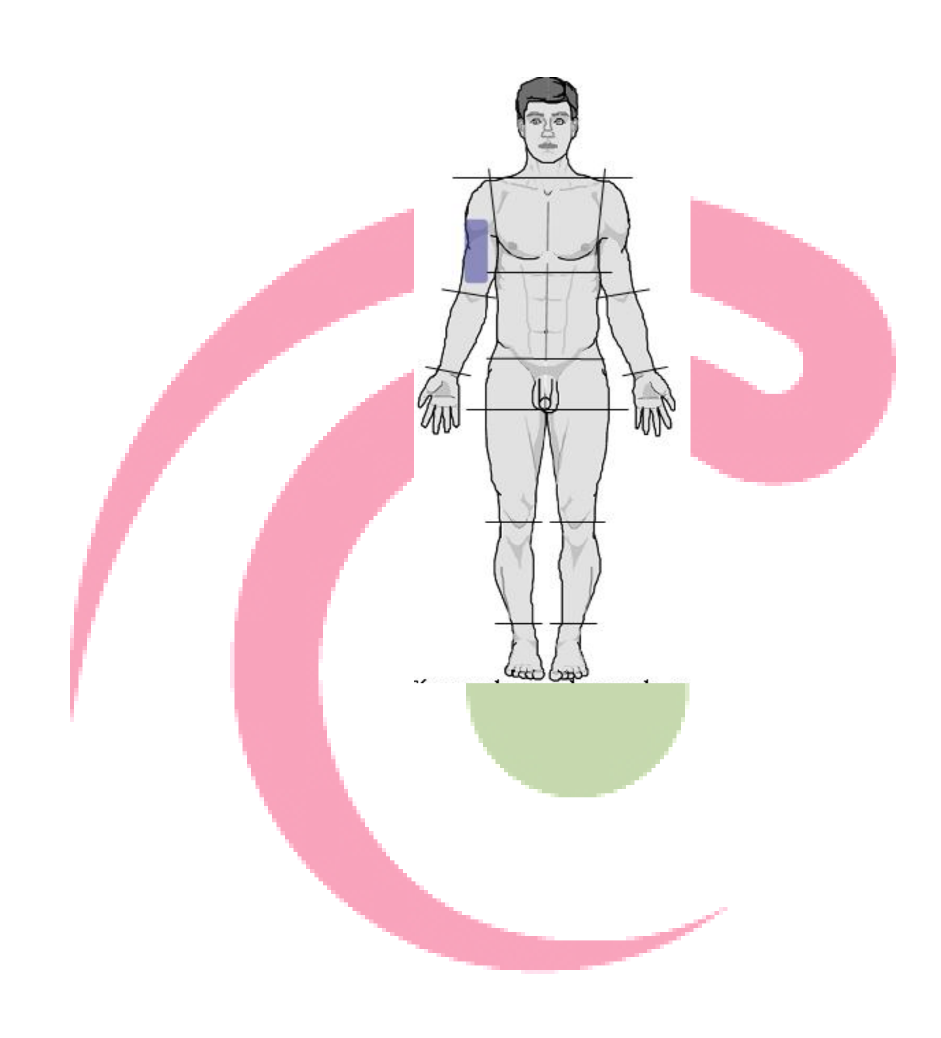


Chez ce patient, la plaie est située des deux côtés du talon ; il faut compter 1 zone de plaie



Calcul des zones:

- En cas de surveillance 3 fois par jour de cette plaie (L100), il faut scorer une zone de plaie par jour.
- En cas de soins de plaies suturées (L200), soins simples ou complexes de plaies ouvertes (L300 ou 400) ou de soins de plaie dermatologique (L500) fait trois fois par jour, il faut compter 1 zone multipliée par 3 soins par jour soit 3.



Classe M : Thermorégulation.

***Définition* : Interventions visant à maintenir la température du corps dans les limites de la normale.**

Item M1 : Suivi de la thermorégulation.**

- **M100 : Suivi de la thermorégulation du bébé dans la couveuse**

  Définition :
  Suivi et régulation de la température corporelle du bébé dans la couveuse. L'environnement du bébé est adapté pour influencer la température du bébé.
  Concrètement, l'application et le contrôle des aspects suivants peuvent se présenter :
  - la température de la couveuse ou la température en cas de « cervocontrôle »
  - le degré d'humidité dans la couveuse
  - application de mesures physiques de protection de la convection, la conduction, la radiation et l'évaporation (couverture en aluminium, couverture plastifiée, lampe chauffante, gestion des draps ou couvertures…)

  Modalités de score :
  1 = Présence d'au moins deux des aspects mentionnés ci-dessus.

  Contrôle :
  - Les aspects ci-dessus et leurs valeurs sont notés dans le dossier patient[2].
  - La température centrale et/ou périphérique du bébé sont notés dans le dossier patient[2].

  Remarque :
  - Le suivi de la température centrale ou périphérique du bébé peuvent être scoré dans les items V300 (surveillance des paramètres vitaux : monitoring continu) ou V400 (surveillance des paramètres vitaux : monitoring discontinu).

Classe N : Perfusion tissulaire.

***Définition* : Interventions visant à optimiser la circulation du sang et des fluides vers les tissus.**

Item N1 : Administration de sang et de composants sanguins.**

- **N100 : Administration de sang et de composants sanguins.**

Définition :
Administration de produits sanguins et surveillance des éventuelles réactions post-transfusionnelles. Sont considérés comme des produits sanguins et composants sanguins **(xxxxx)** :

- Sang complet,
- Concentré érythocytaire,
- Concentré plaquettaire,
- Concentré leucocytaire,
- Plasma frais congelé,
- Cellules souches hématopoétiques,
- Facteurs de coagulation,
- Immunoglobulines.

Modalités de score :
Nombre de flacons ou de poches de composants sanguins ou de sang administrés à l'exception des solutés.

Contrôle :
- L'administration et la quantité de sang et de composants sanguins doivent être notés au dossier patient[2].
- La surveillance des **(xxxxx)** réactions post-transfusionnelles ou consécutives à l'injection IM des immunoglobulines sont notées au dossier patient[2].

Remarque :
- Le sang et les dérivés sanguins ne sont pas repris dans l'item H100, H200 et H300 (administration de médicaments IV).
- Si l'administration d'une poche est fractionnée en plusieurs administrations au pousse-seringue, les administrations peuvent être additionnées.

Item N2 : Surveillance et/ou soins aux voies d'accès SC, IV, artérielle, intra-osseuse, (xxxxx) intra-thécale, intra-péritonéale, intra-pleurale, intra-ombilicale, péridurale.**

- **N200 : Surveillance et/ou soins aux voies d'accès SC, IV, artérielle, intra-osseuse, (xxxxx) intra-thécale, intra-péritonéale, intra-pleurale, intra-ombilicale, péridurale.**

  Définition :
  Ensemble des soins et/ou surveillance liés à la présence d'une ou de plusieurs voies d'accès.
  Par voie d'accès, nous entendons, une porte d'entrée corporelle par un cathéter implanté ou non (par ex. chambre implantable).
  Pour faire l'objet de l'enregistrement d'une surveillance, la voie doit avoir été utilisée au cours de la journée d'enregistrement. **(xxxxxx)**

  Modalités de score :
  Nombre de voies d'accès utilisées le jour de l'enregistrement.

  Contrôle :
  - Le nombre de voies d'accès (en précisant la date de placement, le type de cathéter et la localistion), leurs soins et/ou surveillance sont notés au dossier patient[2].

  Remarque :
  - Seules les voies citées ci-dessus sont prises en compte dans cet item
  - Electrodes, sondes à visée évacuatrice et les points de ponction des fixateurs externes ne sont pas pris en compte dans cet item
  - Les cathéters à plusieurs voies ne comptent que pour 1 cathéter.
  - Les IVD ou « bolus » ne sont pas comptabilisées comme des voies d'accès (pas de notion de permanence).

Item N3 : Prélèvements sanguins veineux.**

- **N300 : Prélèvements sanguins veineux.**

  Définition :
  Prélèvement d'un échantillon de sang veineux par ponction ou par cathéter.
  Une séquence de prélèvement est un moment où un prestataire de soins[1] réalise **(xxxxx)** une prise de sang ou une ponction veineuse sur un site donné et collecte ses tubes.

  Modalités de score :
  Nombre de séquences de prélèvements sanguins veineux réalisées.

  Contrôle :
  - Chaque prise de sang est notée au dossier patient[2]
  - Les résultats sont notés dans le dossier patient[2]

  Remarque :
  - Ni le nombre de tentatives de prélèvement, ni le nombre de tubes collectés ne sont pris en compte.
  - Quand un prélèvement veineux se fait par une voie périphérique ou par un cathéter central, ceux-ci peuvent être comptés comme deux séquences de prélèvements (par ex. des hémocultures à deux sites différents).
  - Les hémocultures peuvent uniquement être scorées dans l'item N300 et N400 et non dans l'item V500 (prélèvements tissulaires ou de matériel organique).
  - Le prélèvement de sang au cordon ne peut être repris dans cet item.

Item N4** : Prélèvements sanguins artériels

- **N400 : Prélèvements sanguins artériels.**

  Définition :
  Prélèvement d'un échantillon de sang artériel par cathéter (placé par le médecin).
  Une séquence de prélèvement est un moment où un prestataire de soins[1] réalise **(xxxxx)** une prise de sang artériel et collecte ses tubes.

  Modalités de score :
  Nombre de séquences de prélèvements sanguins artériels réalisées.

  Contrôle :
  - Chaque prise de sang est notée au dossier patient[2]
  - Les résultats sont notés dans le dossier patient[2]

  Remarque :
  - Ni le nombre de tentatives de prélèvement, ni le nombre de tubes collectés ne sont pris en compte.
  - Les hémocultures peuvent uniquement être scorées dans l'item N300 et N400 et non dans l'item V500 (prélèvements tissulaires ou de matériel organique).

Item N5 : Prélèvements sanguins capillaires.**

- **N500 : Prélèvements sanguins capillaires.**

Définition :
Prélèvement d'un échantillon de sang par ponction capillaire.
Une séquence de prélèvement est un moment où un prestataire de soins[1] réalise **(xxxxx)** une prise de sang capillaire et éventuellement collecte ses tubes.

Modalités de score :
Nombre de séquences de prélèvements sanguins capillaires réalisées.

Contrôle :
  - Chaque prise de sang est notée au dossier patient[2]
  - Les résultats sont notés dans le dossier patient[2]

Remarque :
  - Ni le nombre de tentatives de prélèvement, ni le nombre de tubes collectés ne sont pris en compte.

Item N6** : Assistance cardio-circulatoire électrique.

- **N600 : Assistance cardio-circulatoire électrique.**

Définition :
Suivi d'une assistance cardio-circulatoire électrique externe active le jour de l'enregistrement.
L'assistance externe doit être active le jour de l'enregistrement, la simple présence de l'appareil ou des fils n'est pas suffisante pour scorer cet item.

Modalités de score :
1 = suivi d'une assistance cardio-circulatoire électrique externe active

Contrôle :
- La durée de la présence et les paramètres de l'utilisation (mode de fonctionnement et fréquence programmée) d'une assistance externe sont notés au dossier patient[2].
- La surveillance et l'adaptation éventuelle des paramètres de l'assistance cardio- circulatoire externe sont notés au dossier patient[2].

Remarque :
- La défibrillation d'un patient n'est pas considérée comme un soutien cardio-circulatoire électrique.

Item N7 : Assistance cardio-circulatoire mécanique.**

- **N700 : Asistance cardio-circulatoire mécanique.**

  Définition :
  Suivi d'une assistance cardio-circulatoire mécanique (interne ou externe) active le jour de l'enregistrement.

  Modalités de score :

  1 = suivi d'une assistance mécanique interne sans circulation extra-corporelle (CEC). Par ex. : CPBIA (Contre Pulsion par Ballon Intra-Aortique).
  2 = suivi d'une assistance mécanique externe avec CEC.
  Par ex. : hémopompe, centrifugeuse, …
  3 = suivi d'une assistance mécanique externe avec CEC et membrane d'oxygénation.
  Par ex. : ECMO (Extracorporeal membrane oxygenation).

  Contôles :

  - La durée de la présence et les paramètres de l'utilisation (mode de fonctionnement et fréquence programmée) d'une assistance cardio-circulatoire mécanique sont notés au dossier patient[2].
  - La surveillance et l'adaptation éventuelle des paramètres de l'assistance cardio-circulatoire mécanique sont notés au dossier patient[2].

Domaine 3 : Comportement

Soins qui aident au fonctionnement psychosocial et qui facilitent les modifications du style de vie.

Classe O : Thérapie comportementale.

Définition ***: Interventions visant à renforcer ou à promouvoir des comportements souhaités ou à modifier des comportements indésirables.***

Item O1 : Gestion des activités.**

- **O100 : Gestion des activités.**

Définition :
Aide et/ou accompagnement lors d'activités physiques, cognitives, sociales et spirituelles : bricolage, travaux manuels, distraction, … dans le but de faire augmenter la fréquence, la durée et la variabilité des exercices réalisés par le patient. Les activités qui sont prises en compte pour scorer cet item sont : toutes les activités à but thérapeutique ou pédagogique accompagnées de manière permanente par un prestataire de soins[1] effectuées en groupe ou individuellement :

  - Expression (bricolage,…)
  - Distraction
  - Stimuler à exercer, maintenir et stimuler les hobbies, les aptitudes à jouer à des jeux de société, jouer aux cartes, préparation de repas, chanter, faire de la musique, se promener, jouer avec les enfants, …

Modalités de scores :
1 = gestion des activités en groupe
2 = gestion des activités individuelles

Contrôle :
- Un plan de soins standard[6] ou individuel est présent dans le dossier patient[2] en référence à cette problématique
- La présence d'une gestion des activités le jour de l'enregistrement est notée au dossier patient[2].

Item O2 : Soins aux troubles comportementaux.**

- **O200 : Soins aux troubles comportementaux.**

Définition :
Gestion infirmière des *troubles comportementaux et de développement* chez les patients (par ex. : syndrôme hyperkinétique, autisme, phobies, automutilation, anorexie et boulimie). Ces désordres sont différents d'un délirium (confusion aigue) et de la démence (cfr. thérapie cognitive - code P100 et soins liés à la désorientation-code V700).
Un environnement sécuritaire et thérapeutique est créé pour que les comportements négatifs des patients soient diminués.

En pratique, un problème infirmier[10] doit être constaté et expliqué; un programme individuel doit être mis au point, suivi et évalué.
Quelques exemples d'actions : mettre des limites, formuler des objectifs de comportement, structurer l'organisation des journées, …

Modalités de scores :
1 = présence

Contrôle :
- Le problème en soins infirmiers du patient est formulé dans le dossier patient[2]
- Le plan de soins individuel et ses différentes étapes sont reprises dans le dossier patient[2]
- Les objectifs sont suivis et évalués dans le dossier patient[3]

Classe P : Thérapie cognitive.

Définition :* *Interventions visant à renforcer ou à promouvoir des fonctions cognitives souhaitées ou à modifier des fonctions cognitives indésirables.

Item P1 : Soins liés à la prise en charge d'un patient souffrant d'un déficit cognitif.**

P100 : Soins liés à la prise en charge d'un patient souffrant d'un déficit cognitif.

Définition :
Le déficit cognitif est un signe de diagnostic médical (en cas de vieillissement pathologique, traumatisme, AVC, démence sénile,…) et/ou de problème infirmier[10] (en cas d'altération des opérations de la pensée,…)

Ce type de soins inclut au moins une des 5 composantes suivantes :

- *Restructuration cognitive* : remise en cause des propos intérieurs que se dit un patient présentant des troubles de la pensée afin de le ramener à une perception plus réaliste de lui-même et de son environnement.
- *Stimulation cognitive* : utilisation de différents stimuli pour favoriser chez un patient une prise de conscience et une meilleure compréhension de son environnement.
- *Entraînement de la mémoire* : pratique d'exercices propres à développer la mémoire du patient.
- *Orientation dans la réalité* : emploi de divers moyens pour permettre à un patient de s'orienter dans le temps, dans l'espace et par rapport aux personnes (par ex. mettre une horloge et un calendrier en évidence, plaques nominatives, conversations pour orienter les patients, …)
- *Thérapie par la réminiscence* : utilisation du rappel des événements, des pensées et des émotions passées afin de faciliter l'adaptation aux circonstances actuelles.

Modalités de scores :

1 = prise en charge occasionnelle.

2 = prise en charge structurée.

Contrôle :

- Ces interventions peuvent seulement être scorés si :
  - un diagnostic infirmier et/ou un diagnostic médical, lié au déficit cognitif, validé par un score d'un instrument de mesure[3] est présent au dossier patient[2].
  - des interventions conformes aux 5 composantes de la définition sont **(xxxxx)** notés au dossier patient[2] le jour de l'enregistrement
  - si score 2 :
    - ✓ un rapport **(xxxxx)** de l'état du patient (jugé à l'aide d'un instrument de mesure[3]) est consigné dans le dossier patient[2]
    - ✓ le programme adapté est présent au dossier patient[2] ou fait référence au plan de soins standard[6] présent dans l'unité.
    - ✓ les interventions infirmières sont planifiées et validées au dossier le jour de l'enregistrement.

Remarque :

Les soins au patient qui sort d'une narcose ne font pas partie de cet item

Classe Q : Amélioration de la communication.

<u>Définition</u> : Interventions visant à faciliter l'émission et la réception de messages verbaux et non verbaux.

Item Q1** : Amélioration de la communication.

- **<u>Q100 : Amélioration de la communication.</u>**

<u>Définition</u> :
Aide au patient souffrant de problèmes de communication verbale, auditive ou visuelle, de toute origine. Ces interventions peuvent se scorer si des moyens particuliers sont utilisés pour améliorer la communication : papier / bic, clavier, ardoise, alphabet, braille, …

<u>Modalités de scores</u> :
1 = présence

<u>Contrôle</u> :
- Les moyens pour améliorer la communication sont notés explicitement au dossier patient[2].

<u>Remarque</u> :
- L'utilisation d'un appareil auditif, de lunettes <u>n'est pas repris</u> dans cet item.
- L'intervention d'un interprète <u>n'est pas repris</u> dans cet item

Classe R : Aide aux stratégies d'adaptation.

<u>Définition</u> : Interventions visant à aider quelqu'un à construire sur ses propres points forts, à s'adapter à un changement de sa fonction ou à atteindre un niveau de fonctionnement supérieur.

Item R1** : Soutien émotionnel.

- **<u>R110 : Soutien émotionnel de base.</u>**

<u>Définition</u> :
Permettre, par des interventions infirmières, au patient, à sa famille ou à une personne significative[4] d'exprimer ses/leurs sentiments, favoriser des moments de silence et apporter un soutien dans les moments difficiles.
Les interventions infirmières suivantes sont <u>des exemples</u> d'interventions qui justifient le soutien émotionnel de base :

- *insufflation d'espoir* – stimulation à adopter une attitude constructive dans une situation donnée.
- *soutien psychologique* – manifestations de réconfort, d'encouragement et d'acceptation qu'on apporte à une personne qui traverse une période de stress.
- *présence* – être auprès d'une personne qui en a besoin.
- *amélioration de la capacité d'adaptation* – soutien à apporter à un patient afin qu'il s'adapte au stress, à des changements ou à des événements menaçants qui l'empêchent d'exercer ses différents rôles et de faire face aux exigences de la vie.

<u>Modalités de score</u> :
1 = présence d'une ou plusieurs interventions infirmières qui justifient un soutien émotionnel de base.

<u>Contrôle</u> :

- L'état du patient, de la famille ou de la personne significative[4] (quel que soit le problème émotionnel chez le patient, la famille ou la personne significative[4]) et les interventions infirmières réalisées sont notées dans le dossier patient[2].

<u>Remarque</u>:

- Ces interventions sont considérées comme des interventions de base. Cet item peut être scoré à partir du moment où il y a un soutien émotionnel apporté au patient, à la famille ou à une personne significative[4].

- **R120 : Soutien émotionnel particulier.**

Définition :
Soutien émotionnel du patient, de sa famille ou à une personne significative[4] par différentes interventions infirmières afin d'éviter une situation de crise, notamment :

Quelques exemples :
- *réaction d'anticipation* – aide apportée à un patient en prévision d'une crise situationnelle ou d'une crise de croissance.
- *aide à la prise de décision difficile* – information et soutien à fournir à un patient ou à une personne significative qui doit prendre une ou des décisions relatives aux soins nécessaires à sa santé.
- *communication de la vérité* - divulgation de la vérité en totalité ou en partie et en temps opportun afin de favoriser l'autonomie et le bien-être du patient.

Modalités de score :
1 = présence d'une ou plusieurs interventions infirmières afin d'éviter une situation de crise.

Contrôle :
On retrouve dans le dossier du patient, le jour de l'enregistrement :
- la description de l'état du patient qui présage d'une situation de crise (problème émotionnel présent chez le patient, la famille ou la personne significative)
- les interventions infirmières : informations / moyens / perspectives proposés au patient / famille / personne significative pour éviter la crise
- une évaluation des interventions infirmières mises en œuvre pour éviter la crise. Celle-ci peut se dérouler sur plusieurs jours.

(xxxxx)

- **<u>R130 : Prise en charge d'une situation de crise émotionelle.</u>**

<u>Définition</u> :
Soutien du patient, de sa famille ou d'une personne significative[4] lors d'une situation de crise émotionelle. **(xxxxx)**
Une situation de crise émotionelle est un débordement émotionnel face à un événement exceptionnel ou une situation imprévue. **(xxxxx)**
Une ou plusieurs infirmières sont présentes exclusivement chez ce patient, sa famille ou une personne significative[4] pour l'accompagner de manière intensive.

<u>Modalités de score</u> :
1 = présence.

<u>Contrôle</u> :
(xxxxx)
- Le jour de l'enregistrement, le dossier patient **doit** mentionner :
  - le motif de la crise
  - la façon dont le patient a exprimé sa détresse
  - les personnes impliquées dans la crise
  - les actions infirmières
  - les résultats (après la crise), état du patient et/ou de ses proches, soins à poursuivre,…
  - les points à retenir en prévention d'une nouvelle crise.



Classe S : Education du patient.

***Définition* : Interventions visant à faciliter l'apprentissage de savoir, savoir-faire et savoir – être en vue d'atteindre un changement de comportement.**

Item S1 : Sensibilisation et éducation[5] spécifique.**

- **S100 : Sensibilisation et éducation[5] spécifique.**

Définition :
Ensemble de soins éducatifs prodigués dans le but d'informer ou de permettre d'acquérir certaines connaissances, capacités ou compétences (processus de la maladie, gestion de la médication prescrite, prise en charge de la chimiothérapie ou de la dialyse péritonéale,…)
Cet item concerne le patient, sa famille ou toute autre personne significative[4].

Modalités de score :
1 = sensibilisation et information **occasionnelle**
L'information est non planifiée, un moment est libéré pendant les soins pour donner des explications supplémentaires sur des sujets apportés par le patient ou l'infirmière.
2 = **(xxxxx)** éducation[5] spécifique **structurée**
L'éducation[5] est planifiée, le programme peut faire partie d'un plan de soins standard[6] d'éducation pour une certaine population ou peut être un plan de soins individuel d'éducation par patient.
Exemple : plan de soins d'éducation à l'autonomie du patient ayant subi une trachéostomie.

Contrôle :
- Occasionnelle : le sujet des explications données est indiqué dans le dossier patient[2]
- Structurée : l'éducation[5] est notée au dossier du patient[2] et fait référence à un plan de soins d'éducation standard[6] ou individuelisé présent dans le dossier patient[2].

Remarques:
- L'éducation[5] concernant l'opération ou l'intervention diagnostique (S200) et les éducations déjà prises en compte dans d'autres items ne sont pas reprises dans cet item **(xxxxx) :** éducation à l'élimination urinaire et/ou fécale B600, éducation à l'alimentation D500, éducation aux soins d'hygiène F200, gestion de la glycémie G300).
- En maternité, en pédiatrie et en néonatalogie, l'éducation est scorée chez le bébé.

Item S2 : Education[5] concernant une intervention chirurgicale ou une intervention diagnostique.**

- **S200 : Education[5] concernant une intervention chirurgicale ou une intervention diagnostique.**

  Définition :
  Education[5] concernant une intervention chirurgicale ou une intervention diagnostique à l'attention du patient ou de personnes significatives[4].
  Celle-ci peut-être occasionelle ou stucturée.

  Modalités de score :

  1 = sensibilisation et information **occasionnelle**
  L'information est non planifiée, un moment est libéré pendant les soins pour donner des explications supplémentaires sur des sujets apportés par le patient ou l'infirmière.
  2 = **(xxxxx)** éducation[5] spécifique **structurée**
  L'éducation[5] est planifiée, le programme peut faire partie d'un plan de soins standard[6] d'éducation pour une certaine population ou peut être un plan de soins individuel d'éducation par patient.
  Exemple : plan de soins d'éducation de la patiente devant subir une mamectomie.

  Contrôle :
  - Occasionnelle : le sujet des explications données est noté dans le dossier patient[2]
  - Structurée : l'éducation[5] est notée au dossier du patient[2] et fait référence à un plan de soins d'éducation standard[6] ou individuelisé présent dans le dossier patient[2].

  Remarques :

  - La sensibilistion et l'éducation spécifique (S100) et les éducations déjà prises en compte dans d'autres items ne sont pas reprises dans cet item **(xxxxx) :** éducation à l'élimination urinaire et/ou fécale B600, éducation à l'alimentation D500, éducation aux soins d'hygiène F200, gestion de la glycémie G300).
  - En maternité, en pédiatrie et en néonatalogie, l'éducation est scorée chez le bébé.

Domaine 4 : Sécurité.
Soins qui aident à la protection contre les dangers.

Classe V : Gestion du risque.

***Définition* : Interventions visant à mener des actions de réduction des risques et à poursuivre la surveillance des risques dans la durée.**

Item V1 : Prévention de plaies de décubitus : utilisation de matériel de prévention dynamique.**

- **V100 : Prévention des plaies de décubitus : utilisation de matériel de prévention dynamique.**

  Définition :
  Evaluer le risque d'escarres et éviter leur apparition chez un patient qui a de fortes chances d'y être sujet en utilisant du matériel dynamique de prévention
  Exemples : utilisation de matériel anti-escarres tels que matelas alternating, matelas dynamique, lit fluidisé,…

  Modalités de score :
  1 = présence

  Contrôle :
  - Ces activités peuvent seulement être scorées si le risque d'escarre est noté au dossier patient. Ce risque est basé sur l'utilisation d'un instrument de mesure[3] et/ou l'expertise clinique.
  - Le ou les matériels de prévention dynamique utilisés sont notés au dossier patient[2].

Item V2** : Prévention des plaies de décubitus : changements de position.

- **V200 : Prévention de plaies de décubitus : changements de position.**

Définition :
Evaluer le risque d'escarres et éviter leur apparition chez un patient qui a de fortes chances d'y être sujet en mobilisant ce patient régulièrement (en fonction d'un schéma de mobilisation). Changements de positions avec/sans utilisation de matériel de prévention.

Modalités de score :
Nombre de changements de position planifiés et réalisés le jour de l'enregistrement en référence à un schéma de mobilisation.

Contrôle :
- Ces activités peuvent seulement être scorées si le risque d'escarre est noté au dossier patient[2]. Ce risque est basé sur l'utilisation d'un instrument de mesure[3] et/ou l'expertise clinique.
- Le schéma de prévention avec le type et le nombre de changements de position /24 h (heure et position) est noté dans le dossier patient[2].

Remarque :
- Si le patient séjourne moins de 24h dans l'unité, le nombre de changements de position planifiés et réalisés dans l'unité sont scorés.

Item V3 : Surveillance des paramètres vitaux (cœur, poumons, température corporelle) : monitoring continu.**

- **V300 : Surveillance des paramètres vitaux (cœur, poumons, température corporelle) à l'aide d'un monitoring continu.**

Définition :
Collecte et suivi des paramètres cardio-vasculaires, pulmonaires et de température corporelle afin de déceler et d'éviter des complications et ce, à l'aide d'un monitoring continu d'un ou de plusieurs de ces 13 paramètres (liste limitative) :

- fréquence respiratoire
- fréquence cardiaque et/ou tracé ECG = 1 paramètre
- température corporelle périphérique
- température corporelle centrale
- mesure de CO_2
- saturation en oxygène
- pression artérielle (systolique et diastolique)
- pression artérielle pulmonaire
- pression veineuse centrale
- débit cardiaque
- saturation veineuse
- pression de l'oreillette gauche.
- monitoring fœtal

Modalités de score :
Nombre de paramètres différents mesurés en continu (max. = 13).

Contrôle :
- Les paramètres transcrits, paraphés ou validés par des observations cliniques ou validés électroniquement (print-out ou retrouvé dans le dossier électronique) au moins toutes les deux heures sont notés dans le dossier patient[2].

Remarque :
- La surveillance d'un holter ou de la télémétrie ne sont pas prises en compte s'il n'y a pas de validation, transcription minimum toutes les deux heures.
- Le monitoring en continu, présent le jour de l'enregistrement, est validé à partir de 2 heures minimum de surveillance et au minimum 2 annotations de paramètres.
- Si l'épisode de soins est inférieur à 2 heures et que le monitoring continu est permanent pendant toute la durée de l'épisode de soins, cet item peut être enregistré avec un minimum de 2 annotations.

Item V4 : Surveillance des paramètres vitaux (cœur, poumons, température corporelle) : monitoring discontinu.**

- **V400 : Surveillance des paramètres vitaux (cœur, poumons, température corporelle) à l'aide d'un monitoring discontinu.**

Définition :
Collecter et analyser les paramètres cardio-vasculaires, pulmonaires et de température corporelle afin de déceler et d'éviter des complications et ce, de manière discontinue.
Liste limitative :

- fréquence respiratoire
- fréquence cardiaque, tracé ECG toutes dérivations = 1 paramètre
- température corporelle périphérique
- température corporelle centrale
- mesure de CO_2
- saturation en oxygène
- pression artérielle (systolique et diastolique)
- pression artérielle pulmonaire
- pression veineuse centrale
- débit cardiaque
- saturation veineuse
- pression de l'oreillette gauche.
- monitoring fœtal

Modalités de score :
Fréquence de la mesure du paramètre le plus mesuré en discontinu au cours dela journée d'enregistrement.

Contrôle :
- Les résultats et l'heure de mesure sont notés au dossier patient[2].

Item V5 : Prélèvements tissulaires ou de matériel organique.**

- **V500 : Prélèvements tissulaires ou de matériel organique.**

Définition :
Ensemble des activités infirmières liés aux prélèvements à visée diagnostique réalisés par le prestataire de soins[1]. Il peut s'agir de prélèvements tissulaires, de matériel organique ou de liquide biologique : urines, selles, liquide gastrique, …

Modalités de score :
Nombre de prélèvements réalisés le jour de l'enregistrement.

Contrôle :
- Le nom du prélèvement et sa réalisation sont notés dans le dossier patient[2]
- Les résultats du prélèvement sont notés dans le dossier patient[2].

Remarque :

- Par ex. : 2 x prélèvement d'urine + 1 x prélèvement de selles + 1 x prélèvement de sécrétions = score 4
- Les essais de prélèvements ne sont pas pris en compte dans le calcul du nombre de prélèvements
- Les prises de sang (N300, N400 et N500) ainsi que les prélèvements réalisés par le médecin ne sont pas pris en compte dans cet item.

Item V6** : Mesures d'isolement : précautions additionnelles.

- **V600 : Mesures d'isolement : précautions additionnelles.**

Définition :
Ensemble des mesures destinées à prévenir la propagation de germes entre patients ou entre des patients et d'autres personnes, par contact direct ou indirect (air, matériel contaminé, salive, selles, urine,…) et vice versa.
Les micro-organismes dont le patient est porteur sont pathogènes (isolement contagieux) ou potentiellement dangereux pour le patient (isolement protecteur).

Modalités de score :
1 = présence minimum d'au moins deux de ces « barrières » :
- port du tablier,
- port du masque,
- port de gants,
- mesures particulières pour l'élimination des déchets / du matériel.

2 = isolement architectural **(xxxxx)** avec 3/4 des précautions reprises ci-dessus.

Contrôle :
- Les mesures d'isolement font référence à un document établi par l'infirmière hygiéniste qui reprend la nature de l'isolement et les mesures à appliquer. Ce document doit être retrouvé dans le dossier patient[2]
- L'application des mesures d'isolement doit être notée au dossier patient[2].

Remarque :
- Quand deux patients sont dans la même chambre et profitent des mêmes mesures additionnelles l'item peut être scoré chez les deux patients

Item V7 : Soins liés à la désorientation : mesures de protection.**

- **<u>V700 : Soins liés à la désorientation : mesures de protection.</u>**

Définition :
Ensemble des activités infirmières ayant trait au soin d'un patient désorienté dans le temps et/ou dans l'espace, suite à un trouble d'ordre physique, chimique ou psychique : contention / contrainte physique, isolement protecteur (autre que bactériologique), prise en charge de la démence ou du delirium, conduite à tenir en cas d'hallucinations, prise en charge de la confusion.
Cet item comporte les activités infirmières suivantes :

- réduction de la mobilité du patient désorienté à sa chambre, à une partie ou l'entièreté de l'unité.
- contention : mettre, contrôler et oter les mesures de contention utilisées afin de réduire la mobilité du patient.

Modalités de score :
1 = présence de mesures individuelles pour protéger le patient désorienté (cfr supra).

Contrôle :

- Le dossier patient contient :
  - une notification du problème de désorientation avec un score se référant à un instrument de mesure[3] (par ex. : Minimum Mental State Evaluation, Confusion Assesment Method,…) est présent au dossier patient[2].
  - il est fait référence à un protocole concernant les mesures de protection
  - les mesures de contention utilisées (bandes suédoises, bracelets électroniques, tables,…) sont indiquées et signées quotidiennement au dossier ainsi que l'heure de début et l'heure de fin de leur utilisation.
  - un rapport journalier de la désorientation du patient et de ses réactions aux mesures de prévention est présent dans le dossier patient[2].
  - les résultats des mesures prises et la nécessité de la continuité de ces mesures sont évalués et notés dans le dossier patient[2] au moins une fois par semaine. Si les mesures prises sont des mesures de contention physique, cette évaluation est journalière.

Remarque :

- Ne sont pas suffisant pour scorer cet item :
  - ✓ matériel orthopédique (plâtre,…)
  - ✓ placer des barrières de lit

Domaine 5 : Famille.

Soins qui soutiennent l'unité familiale.

Classe W : Soins liés à la naissance.

***Définition* : Interventions visant à la compréhension et à l'acceptation des changements mentaux et physiques lors de la grossesse et la naissance.**

Item W1 : Soins de relaxation liés à la préparation à l'accouchement.**

- **W100 : Soins de relaxation liés à la préparation à l'accouchement.**

  Définition :
  Suivi et accompagnement d'une femme pendant le travail à l'aide de stratégies visant à favoriser un bon déroulement du travail. Seul sont considérés, les massages, l'utilisation de ballons ou de baignoire de dilatation (liste limitative !).

  Modalités de score :
  1 = présence du suivi et de l'accompagnement de la future maman

  Contrôle :
  - Les différents moyens mis à la disposition de la future maman sont notés au dossier patient[2] ainsi qu'une évaluation des résultats obtenus.

Item W2** : Soins ante-partum : suivi de l'activité utérine.

- **W200 : Soins ante-partum : suivi de l'activité utérine.**

Définition :
L'ensemble du suivi de l'activité utérine.
Concrètement cela consiste soit en un suivi d'un ou plusieurs des paramètres : monitoring intra-utérin, ou la réalisation d'un ou plusieurs contrôles suivants :toucher vaginal, palpations de l'activité utérine.

Modalités de score :
Fréquence du paramètre le plus mesuré /24h, le jour de l'enregistrement.

Contrôle :
- Les paramètres et leurs valeurs sont notés au dossier patient[2].



Item W3 : Accouchement par une sage-femme.**

- **<u>W300 : Accouchement par une sage-femme.</u>**

  <u>Définition</u> :
  Soins donnés à la mère et au bébé lors de l'accouchement effectué par l'accoucheuse sans la présence du gynécologue.

  <u>Modalités de score</u> :
  1 = accouchement réalisé par l'accoucheuse.

  <u>Contrôle</u> :
  - Le déroulement de l'accouchement effectué par l'accoucheuse est décrit dans un rapport d'accouchement présent dans le dossier patient[2].



Item W4** : Soins post-partum.

- **W400 : Suivi post-partum.**

Définition :
Le suivi du post-partum par le contrôle ou l'observation des paramètres suivants (liste exhaustive):

  - hauteur utérine
  - lochies
  - seins
  - périnée

Modalités de score :
Fréquence du paramètre post-partum le plus mesuré /24h.

Contrôle :
  - **(xxxxx)** les contrôles ou observations ainsi que leurs résultats sont notés dans le dossier patient[2].

Item W5 : Soin « kangourou ».**

- **<u>W500 : Soin « kangourou ».</u>**

  <u>Définition</u> :
  Instauration et surveillance du soin « kangourou » : contact peau à peau direct entre le bébé et la maman ou le papa afin de favoriser le lien parent-enfant.

  <u>Modalités de score</u> :
  1 = présence.

  <u>Contrôle</u> :
  - La raison du soin « kangourou » est décrit dans le dossier patient[2].
  - Les soins sont planifiés et documentés (notamment heure de début et de fin du soin kangourou) au dossier patient[2]
  - Le soin est noté comme effectué dans le dossier patient[2].

  <u>Remarque</u> :
  - Ce soin peut uniquement être scoré chez le bébé.

Classe X : Soins relatifs au cycle de la vie.

<u>Définition</u> : Interventions visant à faciliter le fonctionnement de l'unité familiale et à promouvoir la santé et le bien-être des membres de la famille tout au long de leur vie.

Item X1 : Rooming–in.**

- **<u>X100 : Rooming-in.</u>**

  <u>Définition</u> :
  L'accompagnement de la famille ou d'une personne significative[4] (non hospitalisée) auprès du patient pendant la majeure partie de la journée et la nuit entière.

  <u>Modalités de score</u> :
  1 = présence d'un rooming-in de la famille ou d'une personne significative[4].

  <u>Contrôle</u> :
  - Le rooming-in peut seulement être scoré si un membre de la famille ou la personne significative[4] assure une présence quasi constante le jour et toute la nuit dans la chambre d'hôpital du patient (c'est-à-dire une nuit de 12 heures et une journée de minimum 6h).
  - Le rooming-in est noté dans le dossier patient[2].

Domaine 6 : Systèmes de santé.
Soins permettant l'utilisation effective du système de soins de santé.

Classe Y : Médiation au sein des systèmes de santé.

***Définition* : Interventions visant à faciliter l'interface entre le patient / famille et le système de santé.**

Item Y1 : Médiation interculturelle.**

- **Y100 : Médiation interculturelle.**

  Définition :
  Négociation / échanges concernant les différences existantes dans la conception de la santé et/ou des soins avec le patient ou une personne significative[4]. Cet item peut se scorer quand une réunion a été organisée entre l'équipe soignante, le médiateur interculturel de l'hôpital (A.R. 25/04/2002, art 80, 2°) et le patient, avec ou sans la présence de la famille et/ou d'un chef spirituel.

  Modalités de score :
  1 = présence d'une médiation interculturelle.

  Contrôle :
  - Un rapport daté de la médiation interculturelle est retrouvé dans le dossier patient[2] ; il contient les points suivants :
    - Sujet de médiation et description du problème
    - Nom du médiateur interculturel, des membres de l'équipe de soins présents et date de la médiation
    - Interventions réalisées et dispositions prises
    - Evaluation des résultats de la médiation et/ou état du patient après l'intervention du médiateur

Item Y2 : Anamnèse infirmière.**

- **<u>Y200: Anamnèse infirmière</u>**

<u>Définition :</u>

Consiste à établir un **bilan des besoins en soins infirmiers** du patient à un moment donné par observation du patient et dialogue structuré ou non avec lui, sa famille et/ou une personne significative[4]. Ce bilan a pour conclusion la mise en évidence des **problèmes en soins infirmiers** du patient et permet l'élaboration du plan de soins.

Ce bilan doit être réalisé lors des premiers jours d'hospitalisation du patient dans une unité de soins.

Exemple de questions :
- Qui est le patient ?
- Quelles sont ses préoccupations ?
- Comment réagit-il à différentes situations ?
- Quelles sont ses habitudes de vie ?
- Quelles sont ses attentes par rapport à l'hospitalisation ?
- Quels sont ses besoins ?
- Quel est son état de dépendance ?
- Quels sont ses antécédents médicaux et chirurgicaux ?

<u>Modalité de score :</u>

1= présence d'une anamnèse infirmière le jour de l'enregistrement

<u>Contrôle :</u>

Un document d'anamnèse infirmière est présent dans le dossier patient[2] ; il est rempli complètement, daté et signé

<u>Remarques :</u>

- La consultation et/ou la récolte de données administratives, sociales ou médicales ne constituent pas une anamnèse infirmière ; même si ce type de données sont également utilisées par les infirmières dans leur travail.

- La simple actualisation d'un élément de l'anamnèse infirmière en hospitalisation classique ne peut pas être considérée comme suffisante pour une validation de l'item.

- **(xxxxx)**

- Si l'évolution de l'état de santé du patient ou un changement d'optique de soins justifie <u>un nouveau bilan des besoins en soins infirmiers</u>, un nouveau document doit être retrouvé dans le dossier du patient indiquant <u>l'évolution</u> de l'état du patient et de ses problèmes en soins infirmiers; dans ce cas cette intevention est enregistrée plusieurs fois au cours du séjour du patient.

Classe Z : Gestion du processus de soins et de l'information.

***Définition* : Interventions visant à offrir et à améliorer les dispositifs de soins requis et à soutenir la communication entre les prestataires de soins.**

Item Z1** : Evaluation (assessment) fonctionnelle, mentale, psycho-sociale.

- **Z100 : Evaluation (assessment) fonctionnelle, mentale, psycho-sociale.**

  Définition :
  Evaluation systématique d'un état fonctionnel (par exemple: échelle Instrumental Activities of Daily Living de Lawton), mental (Mini Mental State Examination) ou psychosocial (Geriatric Depression Scale) d'un patient à l'aide d'un instrument de mesure[3]. Cette activité se score uniquement quand elle a été éffectuée le jour de l'enregistrement.

  Modalités de score :
  1 = présence d'une évaluation.

  Contrôle :
  - Les résultats des instruments de mesure[3] utilisés pour juger de l'état fonctionnel, psychosocial ou mental du patient sont notés dans le dossier patient[2].
  - La date est notée sur le formulaire d'évaluation et concorde avec le jour de l'enregistrement.
  - Un manuel d'utilisation de l'instrument de mesure est présent dans l'unité.

  Remarque :
  - Les instruments de mesure utilisées pour juger la douleur (E100), la fatigue (E300), les nausées (E200), la sédation (E400), la surveillance neurologique (I 100) et le risque d'escarres (V100 et V200) ne peuvent pas être scorés ici.

ItemZ2 : Assistance médicale aux actes médicaux non déléguables.**

- **Z200 : assistance médicale aux actes médicaux non déléguables.**

Définition :
Assistance au médecin par un prestataire de soins[1] lors d'actes médicaux non déléguables incluant :

- la préparation du matériel
- la préparation et l'installation du patient
- l'assistance à l'examen ou traitement et le soutien (émotionnel – physique) au patient pendant les activités

Ne sont pas repris dans cet item :
Les examens cliniques et examens médicaux non invasifs où le patient est simplement maintenu dans une position.
Le tour des patients avec le médecin.

Modalités de score :
Nombre d'assistances médicales non déléguables effectuées le jour de l'enregistrement.

Contrôle :

- Le nombre et la nature d'assistances aux actes médicaux non déléguables sont notés au dossier patient[2].

Remarques:

- Quelques exemples : ponction pleurale, ponction lombaire, ponction d'ascite, ponction artérielle, placement d'une voie centrale, d'une swan ganz, placement d'un cathéter sus-pubien, placement d'un drain thoracique, suture, incision d'abcès…

Item Z3** : Contacts multidisciplinaires.

- **Z300 : Contacts multidisciplinaires.**

Définition :
La concertation multidisciplinaire consiste à planifier et à évaluer les soins aux patients avec des praticiens professionnels d'autres disciplines. En plus de la discipline infirmière ou accoucheuse, deux autres disciplines doivent être représentées. Le moment de concertation doit être planifié.

Modalités de score :
1 = présence de la concertation le jour de l'enregistrement.

Contrôle :
  - Un rapport daté **(xxxxx)** de la concertation est présent dans le dossier patient[2]; comprenant au minimum le nom et la fonction des personnes présentes et l'objectif de la concertation.



Item Z4 : Contacts avec les autres institutions.**

- **<u>Z400 : Contacts avec les autres institutions.</u>**

Définition :

Obtenir des informations relatives au patient et aux soins qui lui sont administrés auprès des prestataires de soins[1] d'autres établissements (médecin traitant, maison de repos, maison de repos et de soins, soins à domicile,…) ou la personne significative[4] pour être informé de la situation du patient avant son hospitalisation
ET / OU
Fournir des informations relatives au patient et aux soins qui lui sont administrés aux prestataires de soins[1] d'autres établissements (médecin traitant, maison de repos, maison de repos et de soins, soins à domicile,…) ou la personne significative[4], dans le but de prendre des dispositions visant à organiser la prise en charge des soins du patient par d'autres prestataires de soins dans d'autres établissements ou structures de soins (ex : soins à domicile) à l'exclusion de la prise en charge sociale (repas à domicile,…).

Modalités de score :
1 = présence d'un moment de contact avec les autres institutions, le jour de l'enregistrement.

Contrôle :
- Les moments de concertation sont renseignés dans le dossier patient[2] (date et heure) avec la notification de l'objet de la concertation ainsi que les éventuelles dispositions prises.